

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A satisfação conjugal e sexual dos casais inférteis:  
O impacto da infertilidade**

**Marta Filipa Moreira Bento**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica**

**2014**



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A satisfação conjugal e sexual dos casais inférteis:  
O impacto da infertilidade**

**Marta Filipa Moreira Bento**

DISSERTAÇÃO ORIENTADA PELO PROFESSOR DOUTOR JOÃO JUSTO

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica**

**2014**



## AGRADECIMENTOS

*Ao professor João Justo, por ter sido, durante um ano, não só orientador, mas também um apoio fundamental na realização dos meus projectos; por nunca ter deixado de acreditar que este projecto chegaria a bom porto, apesar de todas as dificuldades ao longo deste caminho. Por me ter ajudado a pensar claramente quando nem sempre tal era possível.*

*À equipa da Consulta de Infertilidade, do Centro de Medicina Reprodutiva da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em especial à Dr.<sup>a</sup> Graça Pinto e Enfermeira-Chefe Carla Colimão, bem como às colegas da recepção do serviço, pela ajuda preciosa em todos os momentos da investigação.*

*Aos casais que aceitaram participar nesta investigação, pela vossa ajuda, pela vossa colaboração, pela partilha de histórias, pela dose de humor, mesmo quando nem sempre a vida vos sorriu do modo como gostariam. Obrigada por me terem ajudado a compreender o universo da infertilidade.*

*Ao Bruno, por me teres visto crescer ao longo deste percurso, por nunca teres deixado de acreditar que seria capaz de concretizar todos os projectos que sonhei. Por seres a pessoa mais calma e serena que conheço. Obrigada pela tua dose extra de paciência e carinho em todos os momentos ao longo deste percurso.*

*Aos meus familiares, sobretudo aos meus pais, por todo o encorajamento ao longo deste percurso, por nunca me deixarem baixar os braços. Aos meus avós.*

*Aos amigos e colegas de faculdade, por todos estes anos de convívio e amizade.*



## RESUMO

**Objectivo:** A investigação pretendeu avaliar se a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da Satisfação Conjugal e da Satisfação Sexual dos casais inférteis.

**Amostra:** A amostra deste estudo é constituída por 30 casais ( $N = 60$ ), com idades compreendidas entre os 25 e os 50 anos, que frequentam o Centro de Medicina Reprodutiva/Consulta de Infertilidade, na Maternidade Doutor Alfredo da Costa.

**Instrumentos:** Após a primeira abordagem aos casais elegíveis para a participação neste estudo, procedeu-se à entrega da Folha de Informação ao Participante e ao esclarecimento de dúvidas, seguindo-se a obtenção do Consentimento Informado. Posteriormente, os casais preenchem o Questionário Sociodemográfico e Clínico, individualmente. Logo após a obtenção dos dados necessários à participação no estudo, os participantes eram convidados a proceder ao preenchimento do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF) e da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC).

**Hipóteses:** Foram testadas oito hipóteses específicas, em que a variável independente é a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade ou um factor biomédico exclusivamente feminino ou exclusivamente masculino.

**Resultados:** Através da utilização de análises de regressão linear, conclui-se que a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade não explicou a Satisfação Conjugal e a Satisfação Sexual dos casais inférteis. A existência de um factor biomédico exclusivamente feminino ou exclusivamente masculino explica a variância da Satisfação Conjugal nos homens, sendo que o mesmo também se observa nas mulheres, quando o factor é exclusivamente masculino. Nenhuma das variáveis independentes explicou a variância na Satisfação Sexual de ambos os membros do casal.

**Conclusão:** A exclusividade feminina ou masculina do factor de infertilidade parece contribuir para a explicação da Satisfação Conjugal no casal. A Satisfação Sexual não parece ser explicada pelas variáveis independentes em questão, devendo ser aprofundada em futuros estudos.

**Palavras-chave:** Infertilidade; Diagnóstico; Satisfação Conjugal; Satisfação Sexual





## ABSTRACT

**Objective:** This research aimed to understand whether the existence/absence of a biomedical factor responsible for infertility gives a significant contribution to the explanation of the statistical variance of marital satisfaction and sexual satisfaction of infertile couples.

**Sample:** The sample of this study is constituted by 30 couples ( $N = 60$ ), aged between 25 and 50 years old, attending the Center for Reproductive Medicine/Infertility Consultation, in Maternity Dr. Alfredo da Costa.

**Instruments:** After a first approach to the couples, the Paper of Information to Participants was distributed and the investigator clarified the couples' questions. Next, we obtained the Informed Consent from the couples. Later, the couples filled the Clinical and Sociodemographic Questionnaire individually. Soon after obtaining the data necessary for participation in the study, participants were asked to fill the Fertility Problems Inventory (IPF) and the Scale for Assessment in Areas of Life Satisfaction in Marriage (EASAVIC).

**Hypotheses:** Eight specific hypotheses were tested in this study, in which the independent variable is the presence/absence of a biomedical factor responsible for infertility diagnosis, as well as a exclusively female or exclusively male biomedical factor.

**Results:** Using linear regression analyzes, we concluded that the existence/nonexistence of a biomedical factor responsible for infertility did not explain the Marital Satisfaction and Sexual Satisfaction of infertile couples. The existence of a biomedical factor exclusively male or exclusively female explained the variance of Marital Satisfaction in men, and the same was also observed in women, when the factor is exclusively male. None of the independent variables explained the variance in Sexual Satisfaction of both members of the couple.

**Conclusion:** The existence of a biomedical factor exclusively male or exclusively female seems to contribute to the explanation of Marital Satisfaction of infertile couples. Sexual Satisfaction does not seem to be explained by the independent variables in question and should be addressed further in future studies.

**Keywords:** Infertility; Diagnosis; Marital Satisfaction; Sexual Satisfaction



## ÍNDICE

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. A infertilidade, os diagnósticos e o conceito de reprodução medicamente assistida	3
1.2. A vivência psicológica na infertilidade	5
1.3. A infertilidade e a satisfação conjugal e sexual do casal	6
2. Objectivos e Hipóteses	11
2.1. Objectivos de investigação	11
2.2. Hipóteses gerais de estudo	11
3. Metodologia	13
3.1. Definição das variáveis	13
3.2. Operacionalização das variáveis	13
3.2.1. Questionário sociodemográfico e clínico	13
3.2.2. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)	14
3.2.3. Inventário de problemas de fertilidade (IPF)	15
3.3. Hipóteses específicas	16
3.4. Procedimentos	17
3.5. Procedimentos estatísticos	19
4. Resultados	21
4.1. Caracterização da amostra	21
4.2. Estudo da consistência interna	23
4.3. Testagem das hipóteses específicas	24
4.3.1. Testagem da hipótese específica 1	24
4.3.2. Testagem da hipótese específica 2	26
4.3.3. Testagem da hipótese específica 3	28
4.3.4. Testagem da hipótese específica 4	29
4.3.5. Testagem da hipótese específica 5	31
4.3.6. Testagem da hipótese específica 6	32
4.3.7. Testagem da hipótese específica 7	34
4.3.8. Testagem da hipótese específica 8	34
5. Discussão de resultados e principais conclusões	37
Referências Bibliográficas	43



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 1</i>	25
<b>TABELA 2.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 2</i>	26
<b>TABELA 3.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 2</i>	27
<b>TABELA 4.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 3</i>	29
<b>TABELA 5.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 4</i>	30
<b>TABELA 6.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 4</i>	30
<b>TABELA 7.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 5</i>	32
<b>TABELA 8.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 6</i>	33
<b>TABELA 9.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 6</i>	33
<b>TABELA 10.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 7</i>	34
<b>TABELA 11.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 8</i>	35
<b>TABELA 12.</b> <i>Regressão linear da hipótese específica 8</i>	36



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1.</b> <i>Modelos inseridos na análise de regressão linear das hipóteses específicas 1 e 2</i>	25
<b>FIGURA 2.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 2 (factor exclusivamente feminino)</i>	26
<b>FIGURA 3.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 2 (factor exclusivamente masculino)</i>	27
<b>FIGURA 4.</b> <i>Modelos inseridos na análise de regressão linear das hipóteses específicas 3 e 4</i>	28
<b>FIGURA 5.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 4 (factor exclusivamente feminino)</i>	29
<b>FIGURA 6.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 4 (factor exclusivamente masculino)</i>	30
<b>FIGURA 7.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 5 (factor identificado/não identificado)</i>	31
<b>FIGURA 8.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 6 (factor exclusivamente feminino)</i>	32
<b>FIGURA 9.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 6 (factor exclusivamente masculino)</i>	33
<b>FIGURA 10.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 8 (factor exclusivamente feminino)</i>	35
<b>FIGURA 11.</b> <i>Modelo 5 da hipótese específica 8 (factor exclusivamente masculino)</i>	35





## ÍNDICE DE ANEXOS EM CD

<b>Anexo I.</b>	Folha de Informação ao Participante
<b>Anexo II.</b>	Consentimento Informado
<b>Anexo III.</b>	Questionário Sociodemográfico e Clínico
<b>Anexo IV.</b>	Escala de Avaliação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)
<b>Anexo V.</b>	Inventário de Problemas de Fertilidade
<b>Anexo VI.</b>	Estatísticas Descritivas do Homem - Caracterização Clínica
<b>Anexo VII.</b>	Estatísticas Descritivas da Mulher - Caracterização Clínica
<b>Anexo VIII.</b>	Tabelas de Frequências do Homem - Caracterização Clínica
<b>Anexo IX.</b>	Tabelas de Frequências da Mulher - Caracterização Clínica
<b>Anexo X.</b>	Gráficos de Frequências do Homem - Caracterização Clínica
<b>Anexo XI.</b>	Gráficos de Frequências da Mulher - Caracterização Clínica
<b>Anexo XII.</b>	Estatísticas Descritivas do Homem - Caracterização Sociodemográfica
<b>Anexo XIII.</b>	Estatísticas Descritivas da Mulher - Caracterização Sociodemográfica
<b>Anexo XIV.</b>	Tabelas de Frequências do Homem - Caracterização Sociodemográfica
<b>Anexo XV.</b>	Tabelas de Frequências da Mulher - Caracterização Sociodemográfica
<b>Anexo XVI.</b>	Gráficos de Frequências do Homem - Caracterização Sociodemográfica
<b>Anexo XVII.</b>	Gráficos de Frequências da Mulher - Caracterização Sociodemográfica
<b>Anexo XVIII.</b>	QQPlots - Homem e Mulher - Caracterização Sociodemográfica e Clínica
<b>Anexo XIX.</b>	Consistência interna da subescala Autonomia - EASAVIC - Homem
<b>Anexo XX.</b>	Consistência interna da subescala Autonomia - EASAVIC - Mulher
<b>Anexo XXI.</b>	Consistência interna da subescala Comunicação/Conflito - EASAVIC - Homem
<b>Anexo XXII.</b>	Consistência interna da subescala Comunicação/Conflito - EASAVIC - Mulher
<b>Anexo XXIII.</b>	Consistência interna da subescala Funções Familiares - EASAVIC - Homem
<b>Anexo XXIV.</b>	Consistência interna da subescala Funções Familiares - EASAVIC - Mulher
<b>Anexo XXV.</b>	Consistência interna da subescala Intimidade Emocional - EASAVIC - Homem
<b>Anexo XXVI.</b>	Consistência interna da subescala Intimidade Emocional - EASAVIC - Mulher
<b>Anexo XXVII.</b>	Consistência interna da subescala Rede Social - EASAVIC - Homem
<b>Anexo XXVIII.</b>	Consistência interna da subescala Rede Social - EASAVIC - Mulher

- Anexo XXIX.** Consistência interna da Satisfação Conjugal Global - EASAVIC - Homem
- Anexo XXX.** Consistência interna da Satisfação Conjugal Global - EASAVIC - Mulher
- Anexo XXXI.** Consistência interna da subescala Sexualidade - EASAVIC - Homem
- Anexo XXXII.** Consistência interna da subescala Sexualidade - EASAVIC - Mulher
- Anexo XXXIII.** Consistência interna da subescala Tempos Livres - EASAVIC - Homem
- Anexo XXXIV.** Consistência interna da subescala Tempos Livres - EASAVIC - Mulher
- Anexo XXXV.** Consistência interna da subescala Stress Global - IPF - Mulher
- Anexo XXXVI.** Consistência interna da subescala Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos - IPF - Mulher
- Anexo XXXVII.** Consistência interna da subescala Necessidade de Parentalidade - IPF - Mulher
- Anexo XXXVIII.** Consistência interna da subescala Preocupação com a Relação - IPF - Mulher
- Anexo XXXIX.** Consistência interna da subescala Preocupação com a Sexualidade - IPF - Mulher
- Anexo XL.** Consistência interna da subescala Preocupação Social - IPF - Mulher
- Anexo XLI.** Consistência interna da subescala Stress Global - IPF - Homem
- Anexo XLII.** Consistência interna da subescala Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos - IPF - Homem
- Anexo XLIII.** Consistência interna da subescala Necessidade de Parentalidade - IPF - Homem
- Anexo XLIV.** Consistência interna da subescala Preocupação com a Relação - IPF - Homem
- Anexo XLV.** Consistência interna da subescala Preocupação com a Sexualidade - IPF - Homem
- Anexo XLVI.** Consistência interna da subescala Preocupação Social - IPF - Homem
- Anexo XLVII.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação Social - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo XLVIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Satisfação Conjugal Global - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XLIX.** Regressão Linear - Homem - VD: Tempos Livres - VI: Factor Exclusivamente Masculino

- Anexo L.** Regressão Linear - Homem - VD: Autonomia - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LI.** Regressão Linear - Homem - VD: Rede Social - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LII.** Regressão Linear - Homem - VD: Funções Familiares - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Intimidade Emocional - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LIV.** Regressão Linear - Homem - VD: Sexualidade - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LV.** Regressão Linear - Homem - VD: Sexualidade - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LVI.** Regressão Linear - Homem - VD: Satisfação Conjugal Global - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LVII.** Regressão Linear - Homem - VD: Tempos Livres - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LVIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Autonomia - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LIX.** Regressão Linear - Homem - VD: Rede Social - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LX.** Regressão Linear - Homem - VD: Funções Familiares - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXI.** Regressão Linear - Homem - VD: Comunicação/Conflito - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXII.** Regressão Linear - Homem - VD: Sexualidade - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Intimidade Emocional - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXIV.** Regressão Linear - Homem - VD: Satisfação Conjugal Global - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXV.** Regressão Linear - Homem - VD: Tempos Livres - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXVI.** Regressão Linear - Homem - VD: Autonomia - VI: Factor Identificado/Não Identificado

- Anexo LXVII.** Regressão Linear - Homem - VD: Rede Social - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXVIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Funções Familiares - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXIX.** Regressão Linear - Homem - VD: Comunicação/Conflito - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXX.** Regressão Linear - Homem - VD: Sexualidade - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXXI.** Regressão Linear - Homem - VD: Intimidade Emocional - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXXII.** Regressão Linear - Homem - VD: Necessidade de Parentalidade - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXXIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Necessidade de Parentalidade - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXXIV.** Regressão Linear - Homem - VD: Necessidade de Parentalidade - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LXXV.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação com a Relação - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXXVI.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação com a Relação - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXXVII.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação com a Relação - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LXXVIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação Sexual - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXXIX.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação Sexual - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXXX.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação Sexual - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LXXXI.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação Social - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXXXII.** Regressão Linear - Homem - VD: Preocupação Social - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LXXXIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos - VI: Factor Exclusivamente Feminino

- Anexo LXXXIV.** Regressão Linear - Homem - VD: Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXXXV.** Regressão Linear - Homem - VD: Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LXXXVI.** Regressão Linear - Homem - VD: Stress Global - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo LXXXVII.** Regressão Linear - Homem - VD: Stress Global - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo LXXXVIII.** Regressão Linear - Homem - VD: Stress Global - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo LXXXIX.** Regressão Linear - Mulher - VD: Stress Global - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XC.** Regressão Linear - Mulher - VD: Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCI.** Regressão Linear - Mulher - VD: Necessidade de Parentalidade - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação com a Relação - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCIII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação Sexual - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCIV.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação Social - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCV.** Regressão Linear - Mulher - VD: Satisfação Conjugal Global - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCVI.** Regressão Linear - Mulher - VD: Tempos Livres - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCVII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Autonomia - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCVIII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Rede Social - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo XCIX.** Regressão Linear - Mulher - VD: Funções Familiares - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo C.** Regressão Linear - Mulher - VD: Comunicação/Conflito - VI: Factor Exclusivamente Masculino

- Anexo CI.** Regressão Linear - Mulher - VD: Sexualidade - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo CII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Intimidade Emocional - VI: Factor Exclusivamente Masculino
- Anexo CIII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Satisfação Conjugal Global - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CIV.** Regressão Linear - Mulher - VD: Tempos Livres - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CV.** Regressão Linear - Mulher - VD: Autonomia - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CVI.** Regressão Linear - Mulher - VD: Rede Social - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CVII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Funções Familiares - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CVIII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Comunicação/Conflito - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CIX.** Regressão Linear - Mulher - VD: Sexualidade - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CX.** Regressão Linear - Mulher - VD: Intimidade Emocional - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CXI.** Regressão Linear - Mulher - VD: Stress Global - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CXII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CXIII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Necessidade de Parentalidade - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CXIV.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação com a Relação - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CXV.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação Sexual - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CXVI.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação Social - VI: Factor Exclusivamente Feminino
- Anexo CXVII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Stress Global - VI: Factor Identificado/Não Identificado

- Anexo CXVIII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXIX.** Regressão Linear - Mulher - VD: Necessidade de Parentalidade - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXX.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação com a Relação - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXI.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação Sexual - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Preocupação Social - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXIII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Satisfação Conjugal Global - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXIV.** Regressão Linear - Mulher - VD: Tempos Livres - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXV.** Regressão Linear - Mulher - VD: Autonomia - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXVI.** Regressão Linear - Mulher - VD: Rede Social - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXVII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Funções Familiares - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXVIII.** Regressão Linear - Mulher - VD: Comunicação/Conflito - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXIX.** Regressão Linear - Mulher - VD: Sexualidade - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXX.** Regressão Linear - Mulher - VD: Intimidade Emocional - VI: Factor Identificado/Não Identificado
- Anexo CXXXI.** Quadros e Tabelas da Caracterização Sociodemográfica e Clínica Resumidos





## INTRODUÇÃO

*"O desejo de ter um filho é algo de profundamente humano, difícil e complexo de definir."*  
(Faria, 2001)

A presente dissertação dedica-se ao estudo da temática da infertilidade, com o objectivo de explorar as consequências da mesma no casal, sobretudo no que concerne à satisfação conjugal e sexual destes casais, com o objectivo de investigar de que modo estas áreas são afectadas pela existência ou pela inexistência de um factor biomédico responsável pelo diagnóstico. Ainda assim, é também o nosso objectivo estudar a forma como estas áreas são afectadas no casal infértil, quando o factor de infertilidade é exclusivamente feminino ou exclusivamente masculino.

A infertilidade parece ser um tema que, de um modo geral, suscita um crescente interesse da comunidade científica na actualidade. A impossibilidade de conceber uma criança é considerada como uma situação causadora de *stress* para o casal e responsável por diversas consequências a nível psicológico (Cousineau & Domar, 2007). Parece plausível considerar que a espécie humana contempla a existência de descendência como um marco fundamental na vida de um indivíduo, sendo que a sua inexistência, do foro involuntário, é considerado como um potencial factor responsável pela ocorrência de um conjunto de consequências, quer a respeito da saúde mental e psicológica, como no que concerne ao impacto a nível social e até mesmo na forma como o indivíduo se integra na sua comunidade.

Assim, a vivência emocional da infertilidade na sociedade ocidental é, actualmente, uma problemática, se atendermos à necessidade do indivíduo cumprir determinadas tarefas do ponto de vista social, tal como ter filhos após um dado número de anos de casamento ou de vida em comum. Quando tal não ocorre, o sujeito poderá ser confrontado com o sofrimento associado ao insucesso num cumprimento de uma meta na sua vida conjugal e familiar: ter um filho (Faria, 2001).

O aumento dos casos de infertilidade têm na sua origem as profundas alterações verificadas nos padrões familiares da sociedade ocidental, sendo de origem multifactorial. No entanto, verifica-se que um crescimento das Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas (TRMA), que existem para ajudar os casais a concretizar o seu desejo de serem pais (Faria, 2001; Lopes & Leal, 2012).

Verifica-se ainda que, em determinadas culturas, a maternidade e a possibilidade

conceber um filho é a única forma das mulheres alcançarem um determinado estatuto dentro do seu sistema familiar e no seu sistema comunitário. Nos Estados Unidos, os casais inférteis são tidos como uma das minorias mais negligenciadas (Cousineau & Domar, 2007).

Actualmente, a problemática da infertilidade poderá afectar entre os 17 e os 26% dos casais em países industrializados, ainda que apenas cerca de metade destes casais procurem ajuda médica no sentido de compreender e solucionar os seus problemas de infertilidade (Schmidt, 2006); no entanto, os dados estatísticos variam de país para país. Ainda que a infertilidade seja, de facto, uma realidade para muitos casais, também é certo que os progressos verificados nesta área permitem que cada vez mais casais possam ser acompanhados por equipas especializadas de médicos e outros profissionais de saúde, que actuam a nível do diagnóstico e do respectivo tratamento. Esta mudança no modo como a ciência encara a infertilidade tem, na sua génese, o encarar desta problemática como uma condição orgânica, contrariamente a uma situação do foro psicológico (Cousineau & Domar, 2007). O modo como se diagnostica também se alterou, sendo que a infertilidade era anteriormente vista como um problema exclusivamente feminino (Faria, 2001). Actualmente, a maioria dos casos possui uma explicação do ponto de vista biomédico, sendo que se considera que cerca de um terço dos factores podem ser atribuídos à mulher, um terço dos factores são atribuídos ao homem e um terço são atribuídos a factores mistos; cerca de 10% dos casos de infertilidade são inexplicados ou de origem idiopática (Cousineau & Domar, 2007). A distribuição das causas de infertilidade por género não possui, assim, uma diferença significativa (Lopes & Leal, 2012).

Verifica-se, assim, que os casais inférteis constituem um grupo heterogéneo no que concerne à sua caracterização segundo o seu diagnóstico. Morse (1985, cit. por Faria, 2001) categorizou estes casais em 3 subgrupos: os casais com problemas orgânicos identificados e claramente definidos; os casais que não apresentam uma problemática orgânica identificada e, por último, os casais cujo problema de natureza biomédica foi resolvido, mas que mantêm a impossibilidade de conseguir conceber um filho.

A infertilidade é um mundo complexo, com características muito próprias. Embora seja um fenómeno cada vez mais estudado e que ganha, progressivamente, uma maior atenção da sociedade, é de extrema importância compreender não apenas a problemática do ponto de vista da sua etiologia, mas também das suas implicações, nomeadamente a nível psicológico, bem como do ponto de vista das suas implicações para os membros do casal.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1. A INFERTILIDADE, OS DIAGNÓSTICOS E O CONCEITO DE REPRODUÇÃO MEDICAMENTE ASSISTIDA**

A infertilidade é um acontecimento que ocorre como um evento de origem inesperada, na maioria das vezes. É um acontecimento que implica profundas alterações na forma como a maternidade/parentalidade é vivida, evento esse que parece corresponder a uma etapa fundamental na vida de um indivíduo, etapa essa considerada normativa num dado momento da vida de um casal. A infertilidade é uma situação clínica que se relaciona com o sistema reprodutivo e é definida como a incapacidade de atingir a concepção após se verificar a presença de relações sexuais desprotegidas, após um ano ou mais (Cousineau & Domar, 2007). Actualmente, em Portugal, estima-se que a infertilidade possa afectar cerca de 40.000 pessoas (Faria, 2001), sendo que alguns autores defendem que a prevalência nacional da infertilidade varia entre os 9% e os 10% da população (Silva-Carvalho & Santos, 2009).

A infertilidade é considerada uma doença, uma vez que se trata de um desvio e/ou interrupção de uma função ou estrutura normal de um órgão ou sistema do corpo, havendo lugar à existência de sintomatologia, sendo que a sua etiologia ou patologia podem não ser exactamente conhecidos (American Society for Reproductive Medicine, 2004). Importa, no entanto, esclarecer alguns dados relativamente à questão biomédica da infertilidade, nomeadamente os conceitos de infertilidade primária e secundária. A infertilidade primária é definida como a incapacidade de conceber uma criança por um casal que nunca conseguiu conceber; a infertilidade secundária é definida como a incapacidade de conceber após uma anterior concepção (Keye, 2006).

No que concerne à prevalência, a infertilidade é um fenómeno clínico que tem vindo a crescer, sendo que existem diversas razões (multifactoriais, físicas, psíquicas, sociológicas, ambientais...) que são apontadas para tal. Uma das razões parece ser consensual entre uma vasta maioria dos autores: a idade cada vez mais tardia para o primeiro filho, consequência natural da valorização da realização profissional, sendo a concepção dificultada pela idade cronológica da mulher. Por outro lado, são ainda apontados outros factores responsáveis pelo aumento da infertilidade: a difusão dos métodos contraceptivos; o início precoce da vida sexual e a maior probabilidade de ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, derivado da multiplicidade de parceiros; o aumento do stress com repercussões no que diz respeito à função reprodutora; a obesidade; o desconhecimento dos processos reprodutivos e

do período de ovulação, entre outros (Faria, 2001; Cousineau & Domar, 2007; Galhardo, 2012; Lopes & Leal, 2012).

Apesar do progressivo crescimento dos casos de infertilidade, importa referir que alguns autores (e.g., Keye, 2006) defendem que o que se verifica não é um aumento da prevalência das situações de infertilidade, mas sim uma maior consciencialização desta problemática e do aumento consequente da procura dos serviços públicos dedicados a esta área.

Actualmente, considera-se que a problemática da infertilidade visa a identificação correcta e precisa dos factores orgânicos a si subjacentes. No entanto, nem sempre foi o que se verificou, sendo que a infertilidade recaía exclusivamente sobre a mulher (Faria, 2001). Nos estudos antropológicos, são praticamente inexistentes referências a situações de infertilidade masculina (Trindade & Enume, 2001). Face ao progressivo avanço verificado a nível da medicina e nas técnicas e meios de diagnóstico, o diagnóstico e tratamento da infertilidade passou a ser direccionado para a compreensão da etiologia enquanto um todo, olhando para o homem e para a mulher como um todo, ponderando, de forma igualitária, a existência de factores femininos e masculinos.

No que concerne à etiologia masculina, verifica-se que a principal causa de infertilidade está relacionada com problemas de sémen, verificando-se alterações em três parâmetros essenciais: morfologia (teratozoospermia), mobilidade (astenozoospermia) ou quantidade dos espermatozóides (oligozoospermia); a azoospermia (ausência de espermatozóides) é também uma das condições mais graves e frequentes no que diz respeito aos factores masculinos (Moura-Ramos, 2011). Podem ainda considerar-se como factores de infertilidade masculina infecções que impedem a progressão dos espermatozóides através do trato genital e perturbações na ejaculação (Galhardo, 2012).

Relativamente aos factores femininos responsáveis pela etiologia da infertilidade, verificam-se que os factores mais frequentes dizem respeito a perturbações na ovulação (e.g., oligomenorreia; amenorreia), endometriose, anomalias tubares e/ou peritoneais, obstrução das trompas de Falópio, anomalias no muco cervical, patologia uterina ou doenças autoimunes, entre outros (Moura-Ramos, 2011; Galhardo, 2012)

As Técnicas de Reprodução Medicamente Assistidas (TRMA) são definidas como tratamentos médicos que incluem a manipulação de gâmetas femininos, ou seja, ovócitos, ou gâmetas masculinos, os espermatozóides; estas técnicas podem também incluir a

manipulação de embriões, sendo que o seu objectivo principal é conseguir alcançar uma gravidez. Estas técnicas podem surgir em função do plano de tratamento delineado pelo clínico que acompanha o casal. No entanto, as TRMA podem surgir apenas após a realização de tratamentos menos invasivos, como é por exemplo, o caso da indução da ovulação (Moura-Ramos, 2011).

No que diz respeito às TRMA mais frequentemente utilizadas, devem ser referidas a Fertilização in vitro e transferência de embriões (FIV), a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), inseminação intrauterina (IIU) e a transferência intratubária de gâmetas (GIFT), entre outras técnicas menos utilizadas. Segundo dados do Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2014) no que concerne às taxas de sucesso nacionais referentes ao ano de 2012, os ciclos de FIV iniciados em centros de Reprodução Medicamente Assistida em todo o país obtiveram uma gravidez clínica em 30,2% dos casos, sendo que no caso dos ciclos de ICSI iniciados, a percentagem foi de 25,9%.

## 1.2. A VIVÊNCIA PSICOLÓGICA NA INFERTILIDADE

Ao abordar a problemática da infertilidade, parece redutor apenas considerar a dimensão física, não havendo a consideração pelo sofrimento psíquico do casal infértil, sendo por vezes difícil obter uma visão unificadora de ambos os componentes (Lopes & Leal, 2012). A componente emocional e a componente ginecológica e andrológica são de carácter de mútua dependência em situações de infertilidade (Faria, 2001).

A vivência emocional do casal infértil depende de um conjunto de factores, inerentes a cada sujeito, tal como a sua história, a vivência conjugal e familiar, bem como no que diz respeito ao seu próprio modo de funcionamento interno. As consequências do ponto de vista psicológico podem ser determinantes no modo de encarar a infertilidade, sendo que poderá surgir sintomatologia depressiva, ansiosa, sentimentos de vergonha, incapacidade ou até mesmo de perda de feminilidade/masculinidade (Faria 2001).

Segundo Diamond, Kezur, Meyers, Scharf e Weinshel (1999, cit. por Lopes & Leal, 2012), os casais inférteis efectuem uma trajectória com cinco fases distintas: *tristeza*, marcada pelo desânimo associado à dificuldade de conceber; *mobilização*, caracterizada pelos esforços do casal em procurar activamente ajuda médica, bem como o confronto com o diagnóstico; *imersão*, definida por um período exigente de exames médicos e a dureza dos procedimentos médicos, que, consequentemente, obriga o casal a aguardar o seu resultado e a

colocar a sua vida em suspenso face ao objectivo de conceber, sendo também um período de perda de privacidade e de controlo do próprio corpo, com um desfecho incerto; *resolução*, caracterizada pelo fim dos procedimentos médicos, o luto por um filho e a posterior reorientação dos objectivos do casal e, por fim, a fase do *legado*, marcada pelo que decorre após o processo de infertilidade: melhorias no relacionamento ou desequilíbrios face às perdas sofridas.

Quando os casais são confrontados com dificuldades na concepção, ambos os membros podem experienciar emoções como zanga, angústia e pânico (Read, 2004).

### 1.3. A INFERTILIDADE E A SATISFAÇÃO CONJUGAL E SEXUAL DO CASAL

A problemática da infertilidade afecta diversas áreas dos casais em questão. Quando confrontados perante esta situação, não só devemos ter em consideração os factores responsáveis pela infertilidade do ponto de vista biomédico e as suas consequências em posteriores meios de diagnóstico e tratamentos associados, mas também do ponto de vista psicológico, tal como tem sido referido. No entanto, não devemos apenas considerar a infertilidade como uma crise que poderá afectar estas duas valências dos casais. Neste estudo, iremos considerar a importância da satisfação conjugal e da satisfação sexual destes casais, duas dimensões fundamentais na forma como os indivíduos se posicionam face à sua relação, ao seu problema, bem como no que diz respeito aos outros contextos, tal como o contexto social, familiar, entre outros.

A importância da função sexual para a reprodução humana parece óbvia e inegável. No entanto, em situações de infertilidade, esta ganha ainda um maior relevo. Ainda que a associação entre a infertilidade e a sexualidade sejam duas áreas frequentemente abordadas, poucos estudos foram realizados numa tentativa de compreender concretamente o impacto da infertilidade na satisfação sexual destes casais.

A infertilidade pode interagir com a sexualidade do indivíduo ou do casal, bem como a nível da expressão sexual, sendo que os problemas a nível sexual podem ser provocados ou exacerbados pelo diagnóstico, investigação dos factores responsáveis pela infertilidade e pela própria gestão da infertilidade, sendo que também podem ser um factor que contribui para a infertilidade do próprio casal e para a dificuldade na concepção (Read, 2004).

No que concerne à satisfação sexual, sabe-se que existem diversos factores que influenciam o modo como o casal vivencia a sua sexualidade, quando está presente a

problemática da infertilidade. A pressão (interna ou externa ao sujeito) para engravidar, a concepção segundo relações sexuais programadas, a perda de privacidade do sujeito face ao seu próprio corpo e a dificuldade de algumas TRMA possuem um impacto negativo tanto no ajustamento a nível conjugal, como no que diz respeito à própria sexualidade do casal.

A satisfação conjugal parece ser, também, uma área fundamental na compreensão da problemática: a infertilidade parece exercer um efeito ambíguo quando nos referimos à satisfação conjugal destes casais. Observa-se, por vezes, que a infertilidade poderá interferir com o funcionamento da conjugalidade do casal, criando ou intensificando os conflitos; no entanto, também se verifica o inverso, sendo que poderá ocorrer o aumento da confiança mútua no parceiro, a intimidade, bem como a satisfação geral com a relação (Drosdzol & Skrzypulec, 2009).

No que diz respeito à conjugalidade, os domínios que surgem como tendo menor satisfação, dizem respeito à coesão entre os membros do casal, bem como a nível da satisfação com a vida a dois (Valsangkar, Bodhare, Bele & Sai, 2011). O envolvimento emocional na relação sexual pode estar ausente, assim como a espontaneidade, uma vez que estes casais são sujeitos a horários rígidos a nível da concepção, de modo a coincidir com o período ovulatório da mulher (Drosdzol & Skrzypulec, 2009).

De um modo geral, verifica-se que as mulheres dos casais inférteis possuem menores níveis de satisfação sexual e conjugal. Segundo o estudo realizado por Vizheh e Pakgohar (2013), quando se verifica que um factor feminino é o responsável pela infertilidade do casal, as mulheres apresentaram níveis de satisfação conjugal significativamente menores em comparação com mulheres de casais inférteis com diagnóstico de factor masculino, misto ou idiopático. No caso dos homens, o mesmo também se verificou, ou seja, quando a infertilidade do casal possui um factor feminino como responsável, a satisfação conjugal dos homens também apresentava níveis de satisfação menores. Quando o casal possuía um diagnóstico de infertilidade de factor masculino, tanto os homens como as mulheres apresentavam níveis significativamente menores de satisfação sexual, quando comparados com homens e mulheres cuja infertilidade era explicada por outros factores. Assim, o diagnóstico de infertilidade possui um forte impacto no que concerne à satisfação conjugal e sexual do casal infértil, consoante o factor de infertilidade identificado.

Verifica-se que os homens inférteis experienciam sentimentos de inadequação, ansiedade, culpa ou depressão, contribuindo para o aparecimento de disfunções sexuais

masculinas, tais como a diminuição da libido, disfunção erétil ou ejaculação precoce (Read, 2004; Shindel, Nelson, Naughton, Ohebshalom & Mulhall, 2008). No caso das mulheres, Read (2004) refere que a infertilidade pode desencadear dificuldades também no que diz respeito ao género feminino, nomeadamente a nível da diminuição do desejo sexual, vaginismo, dispareunia e anorgasmia, sendo as perturbações do foro das disfunções sexuais mais frequentes nas mulheres de casais inférteis.

Para estes casais, ter relações sexuais pode ser visto como uma forma de serem confrontados directamente com o seu problema de infertilidade, podendo originar movimentos de evitamento da sexualidade entre os membros do casal (Read, 2004).

Segundo alguns autores, os homens apresentam uma redução a nível do desejo sexual e da própria satisfação sexual após o diagnóstico de infertilidade. No entanto, é relevante referir que os homens cujo nível de compreensão mútua a nível da sua conjugalidade era elevado, estes apresentaram uma menor redução da satisfação sexual, quando comparados com aqueles com menores níveis de compreensão mútua na sua relação conjugal (Ramezanzadeh, Aghssa, Jafarabadi & Zayeri, 2006).

As circunstâncias da infertilidade desempenham também um papel fundamental no modo como a infertilidade exerce a sua influência na sexualidade do casal, sendo que a "(...) *sobrevalorização da função procriativa do sexo pode conduzir a que os aspectos relacionados com a gratificação e intimidade da expressão sexual sejam anulados ou significativamente enfraquecidos*" (Galhardo, 2012, p.70).

No estudo realizado por Nene, Coyaji e Apte (2005), os investigadores concluíram que quando existe um casal que tem uma queixa de infertilidade e de disfunção sexual em simultâneo, os casais preferem que lhes seja atribuída a designação de infertilidade, uma vez que é mais aceitável perante a sociedade. No entanto, o estudo pode não ser transversal a toda a cultura ocidental. No mesmo estudo, foi também demonstrado que, mesmo que estejam presentes dificuldades no casal no que concerne à sexualidade e à própria relação conjugal, a infertilidade parece também promover uma mudança positiva no que diz respeito ao vínculo entre os membros do casal, bem como na compreensão e no apoio mútuo (Nene, Coyaji & Apte, 2005).

A satisfação conjugal é tida como um constructo cuja definição é de extrema complexidade. Alguns autores defendem que a conjugalidade é um factor fundamental no que concerne ao bem-estar psíquico dos indivíduos (Costa, 2005, cit. por Scorsolini-Comin &



Santos, 2010), sendo que a necessidade de se estar na relação com o outro é algo necessário ao indivíduo enquanto um todo. Os vínculos que estabelecemos ao longo de toda a nossa vida são fundamentais na forma como nos construímos enquanto sujeitos, sendo que tais vínculos irão necessariamente influenciar o modo como se vivencia a conjugalidade, a dois. Wagner e Falcke (2001, cit. por Scorsolini-Comin & Santos, 2010) sugerem que a complexidade da definição de satisfação conjugal é dividida por uma multiplicidade de variáveis intrínsecas aos próprios membros do casal.

Assim, postula-se que o casal em si é uma multiplicidade de aspectos que se deve ter em consideração, nomeadamente os processos cognitivos de ambos (e.g., expectativas, crenças, percepções...), bem como no que concerne aos processos afectivos (e.g., amor, compromisso, intimidade...) (Gulotta, 1993, cit. por Santos, 2010). Ainda na área da conjugalidade, considera-se que o envolvimento numa relação próxima e satisfatória com outro, é um factor fundamental para a saúde física e mental, bem como para a felicidade e no próprio sentido de vida do sujeito (Popovic, 2005, cit. por Santos, 2010).

Quando nos referimos à vivência da conjugalidade na infertilidade, é importante referir que é uma problemática de saúde que se vivencia num contexto de uma relação de casal, contrariando o plano a nível individual que habitualmente se verifica quando nos referimos a uma problemática de saúde (Moura-Ramos, 2011). De acordo com Pasch e Christensen, esta situação "*(...) acontece de um ponto de vista epidemiológico (porque é o casal que é abrangido pela definição de infertilidade), médico (porque tanto a avaliação do problema de fertilidade como os tratamentos implicam a colaboração dos dois membros do casal; e as causas da infertilidade podem ter origem em qualquer um dos membros ou até mesmo em ambos), psicológico (independentemente da presença de algumas diferenças em função do género, ambos são afectados de forma clara pela incapacidade de ter filhos) ou sociológico (a infertilidade está interligada a expectativas sociais relativas ao casal e aos papéis parentais de mãe e pai, pelo que é profundamente afectada pelo contexto social em que o casal está inserido)*" (2000, cit. por Moura-Ramos, 2011, p. 66).

Assim, parece compreensível considerar que a infertilidade possui um forte impacto na dimensão da satisfação conjugal e nas suas valências.



## 2. OBJECTIVOS E HIPÓTESES

### 2.1. OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A investigação pretende avaliar de que forma a infertilidade afecta a satisfação conjugal e sexual do casal. De uma forma mais específica, este estudo pretende avaliar de que forma a infertilidade afecta o casal nestas variáveis, quando existe ou não um factor biomédico responsável pela infertilidade ou quando o factor identificado é exclusivamente feminino ou exclusivamente masculino.

A questão basal deste estudo será então: *Será que a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, ou quando o factor de infertilidade pertence exclusivamente a um dos membros do casal, afecta de forma diferente a conjugalidade e a sexualidade do casal?*

### 2.2. HIPÓTESES GERAIS DE ESTUDO

Hipótese Geral 1: A satisfação conjugal e sexual dos casais inférteis é influenciada pela existência/inexistência de um factor biomédico responsável pelo diagnóstico de infertilidade.

Hipótese Geral 2: A satisfação conjugal e sexual dos casais inférteis é influenciada pela existência de um factor biomédico exclusivamente feminino ou exclusivamente masculino responsável pelo diagnóstico de infertilidade.



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

No que concerne à hipótese geral 1, as variáveis dependentes são a Satisfação Conjugal e a Satisfação Sexual dos casais inférteis. A variável independente é a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pelo diagnóstico de infertilidade.

Relativamente à hipótese geral 2, as variáveis dependentes são a Satisfação Conjugal e a Satisfação Sexual dos casais inférteis. A variável independente é a exclusividade feminina ou masculina do factor biomédico responsável pelo diagnóstico de infertilidade.

Para ambas as hipóteses, as variáveis a controlar dizem respeito aos dados sociodemográficos e clínicos dos dois elementos do casal.

#### 3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

No sentido de operacionalizar as variáveis a serem controladas, foi construído um Questionário Sociodemográfico e Clínico, com o objectivo de operacionalizar as variáveis independentes.

De modo a que possamos operacionalizar a variável dependente *Satisfação Conjugal*, procedeu-se à utilização da Escala de Avaliação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso & Costa, 1996). Relativamente à variável dependente *Satisfação Sexual*, a mesma foi operacionalizada através da utilização do Inventário de Problemas de Fertilidade (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro & Soares, 2012). No que diz respeito às variáveis independentes em estudo, foi utilizado o Questionário Sociodemográfico e Clínico que abrange os aspectos clínicos relacionados com a existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, bem como os aspectos clínicos relativos à exclusividade feminina ou masculina do factor de infertilidade.

##### 3.2.1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

O Questionário Sociodemográfico e Clínico teve como objectivo operacionalizar as variáveis a controlar. As questões incidiam sobre: a idade dos participantes, o género, o número de anos de estudo com sucesso, a profissão, o estatuto laboral, o estatuto socioeconómico, o estatuto conjugal, o número de anos da relação actual, o número de relações anteriores, a existência de filhos da relação actual, a existência de filhos da relação

anterior, os membros que co-habitam, se se encontra em acompanhamento psicológico, a existência de hábitos de desporto, a existência de hábitos tabágicos e de consumo de bebidas alcoólicas. Por outro lado, procedeu-se ainda à recolha de informação clínica dos casais, sendo que as questões pretendem avaliar a duração da infertilidade, a permanência na consulta, a duração do tratamento, o número de tratamentos efectuados, a causa de infertilidade por factor feminino/masculino e a causa médica da infertilidade.

### 3.2.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS DA VIDA CONJUGAL (EASAVIC)

Neste estudo, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), desenvolvida por Narciso & Costa (1996), será utilizada de modo a operacionalizar a variável dependente *Satisfação Conjugal*. É instrumento de auto-relato que tem por objectivo principal a avaliação do nível de satisfação vivenciada por indivíduos casadas ou que co-habitam, em variadas áreas da sua conjugalidade, bem como a respeito da sua satisfação conjugal global.

A EASAVIC é constituída por 44 itens, organizando-se em duas diferentes dimensões: *Funcionamento Conjugal* e *Amor*. A primeira dimensão, *Funcionamento Conjugal*, organiza-se em cinco áreas (1 - Funções Familiares; 2 - Tempos Livres; 3 - Autonomia; 4 - Relações Extrafamiliares e 5 - Comunicação e Conflitos) e diz respeito à organização das relações no subsistema conjugal e/ou familiar; A segunda dimensão, *Amor*, organiza-se, também, em cinco áreas (1 - Sentimentos e Expressão de Sentimentos; 2 - Sexualidade; 3 - Intimidade Emocional; 4 - Continuidade; 5 - Características Físicas e Psicológicas), sendo uma área que se relacionada com o sentimento que os membros do casal nutrem relativamente ao seu par. Nesta escala, 16 dos itens referem-se a especificidades da vida conjugal relativa ao casal, 14 dizem respeito ao inquirido e 14 referem-se ao cônjuge.

A EASAVIC tem por base uma escala tipo Lickert de 6 pontos, sendo pedido ao indivíduo que avalie a sua satisfação numa escala de 1 a 6, que permite respostas do tipo “Nada Satisfeito/a” (1), “Pouco Satisfeito/a” (2), “Razoavelmente Satisfeito/a” (3), “Satisfeito/a” (4), “Muito Satisfeito/a” (5), até “Completamente Satisfeito/a” (6).

Relativamente à revisão psicométrica da escala pelos seus autores, obtiveram-se os seguintes valores nas subescalas: Intimidade Emocional (itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44),  $\alpha = .96$ ; Sexualidade (itens 23, 24, 25, 26, 27, 28),  $\alpha = .93$ ; Comunicação/Conflito (itens 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22),  $\alpha = .91$ ; Funções Familiares

(itens 1, 2, 3, 4),  $\alpha = .84$ ; Rede Social (itens 7, 8 e 9),  $\alpha = .73$ ; Autonomia (itens 10, 11, 12, 13),  $\alpha = .82$ ; Tempos Livres (itens 5, 6),  $\alpha = .70$  e Satisfação Conjugal Global (todos os 44 itens),  $\alpha = .97$ . Verifica-se, assim, que a EASAVIC possui uma elevada consistência interna.

### 3.2.3. INVENTÁRIO DE PROBLEMAS DE FERTILIDADE (IPF)

De modo a operacionalizar a variável dependente Satisfação Sexual, proceder-se-à à utilização do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF), desenvolvida por Newton, Sherrard e Glavac (1999) e adaptada por Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro e Soares (2012). É um instrumento de auto-relato constituído por 46 itens. O IPF é constituído por 5 subescalas: *Preocupação Social* (10 itens: 9, 12, 14, 27, 30, 35, 39, 40, 43, 44), *Preocupação Sexual* (8 itens: 3, 4, 7, 13, 17, 22, 32, 37), *Preocupação com a Relação* (10 itens: 11, 16, 18, 21, 24, 26, 33, 36, 45, 46), *Necessidade da Parentalidade* (10 itens: 2, 5, 6, 8, 10, 19, 23, 29, 34, 42) e *Rejeição de Estilo de Vida sem Filhos* (8 itens: 1, 15, 20, 25, 28, 31, 38, 41). A subescala Stress Global corresponde aos 46 itens do instrumento. Na cotação da escala, os itens 1, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20, 23, 25, 28, 31, 33, 35, 38, 41, 44, 46 são cotados de forma invertida.

De uma forma mais detalhada, a *Preocupação Social* diz respeito à sensibilidade perante comentários acerca da infertilidade, bem como a sentimentos de isolamento social ou de alienação da família e amigos; a subescala *Preocupação Sexual* diz respeito à diminuição da satisfação com a sexualidade ou à potencial dificuldade em lidar com a programação rígida das relações sexuais; a subescala *Preocupação com a Relação* relaciona-se com a dificuldade em falar sobre o problema de fertilidade, bem como da preocupação com o impacto da infertilidade na relação conjugal; a subescala *Necessidade da Parentalidade* pretende avaliar a identificação com o papel parental ou se a parentalidade percebida é tida como um objectivo essencial à vida e, por último, a subescala *Rejeição de Estilo de Vida Sem Filhos* avalia a perspectiva negativa de um estilo de vida ou de um estatuto social sem filhos ou a dependência do nascimento de um filho para alcançar uma felicidade futura (Newton, Sherrard & Glavac, 1999; Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro & Soares 2012).

O IPF possui uma escala de respostas tipo Lickert de 6 pontos, sendo pedido ao indivíduo que avalie o quanto concordam ou não concordam com as afirmações apresentadas, numa escala de 1 a 6, que permite respostas do tipo “Discordo Fortemente” (1), “Discordo Moderadamente” (2), “Discordo Levemente” (3), “Concordo Levemente” (4), “Concordo

Moderadamente” (5), até “Concordo Fortemente” (6).

Segundo Newton, Sherrard e Glavac (1999), o IPF na sua versão original possui uma consistência interna de moderada a elevada, medido pelo coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha$ ): preocupação Social,  $\alpha = .87$ ; preocupação sexual,  $\alpha = .77$ ; preocupação com a relação,  $\alpha = .82$ ; rejeição do estilo de vida sem filhos,  $\alpha = .80$ ; necessidade de parentalidade,  $\alpha = .84$  e stress global,  $\alpha = .93$ .

Face à adaptação do IPF para a população portuguesa e ao respectivo estudo psicométrico do mesmo, foi possível concluir que a diferença entre o primeiro modelo desenvolvido por Newton, Sherrard e Glavac (1999) e o segundo modelo desenvolvido por Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro e Soares (2012) foi estatisticamente significativo ( $p < 0.001$ ), indicando que este último se enquadra no modelo teórico proposto. Os resultados apontam, assim, que todas as subescalas do IPF avaliam os problemas associados à (in) fertilidade (Moura-Ramos, Gameiro, Canavarro & Soares, 2011).

### 3.3. HIPÓTESES ESPECÍFICAS

Hipótese Específica 1: Um acréscimo significativo da variância estatística da Satisfação Conjugal dos homens de casais inférteis avaliados pela EASAVIC vai ser explicado pela existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, mesmo depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Hipótese Específica 2: Um acréscimo significativo da variância estatística da Satisfação Conjugal dos homens de casais inférteis avaliados pela EASAVIC vai ser explicado pela existência/inexistência de um factor biomédico exclusivamente masculino ou exclusivamente feminino responsável pela infertilidade, mesmo depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Hipótese Específica 3: Um acréscimo significativo da variância estatística da Satisfação Conjugal das mulheres de casais inférteis avaliadas pela EASAVIC vai ser explicado pela existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, mesmo depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Hipótese Específica 4: Um acréscimo significativo da variância estatística da Satisfação Conjugal das mulheres de casais inférteis avaliadas pela EASAVIC vai ser explicado pela existência/inexistência de um factor biomédico exclusivamente masculino ou exclusivamente



feminino responsável pela infertilidade, mesmo depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Hipótese Específica 5: Um acréscimo significativo da variância estatística da vivência da Satisfação Sexual dos homens de casais inférteis avaliados pelo IPF vai ser explicado pela existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, mesmo depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Hipótese Específica 6: Um acréscimo significativo da variância estatística da vivência da Satisfação Sexual dos homens de casais inférteis avaliados pelo IPF vai ser explicado pela existência/inexistência de um factor biomédico exclusivamente masculino ou exclusivamente feminino responsável pela infertilidade, mesmo depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Hipótese Específica 7: Um acréscimo significativo da variância estatística da vivência da Satisfação Sexual das mulheres de casais inférteis avaliadas pelo IPF vai ser explicado pela existência/inexistência de um factor biomédico responsável pela infertilidade, mesmo depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas

Hipótese Específica 8: Um acréscimo significativo da variância estatística da vivência da Satisfação Sexual das mulheres de casais inférteis avaliadas pelo IPF vai ser explicado pela existência/inexistência de um factor biomédico exclusivamente masculino ou exclusivamente feminino responsável pela infertilidade, mesmo depois de controlado o efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas.

### 3.4. PROCEDIMENTOS

O presente estudo foi efectuado no Centro de Medicina Reprodutiva na Maternidade Doutor Alfredo da Costa, sendo que os participantes foram contactados por se encontrarem, no momento da investigação, a frequentar as consultas de Infertilidade deste mesmo serviço.

Numa primeira fase, a investigadora contactou a Directora do Serviço, a Dr<sup>a</sup>. Graça Pinto, bem como a Enfermeira-Chefe Carla Colimão, responsável pelo serviço de Enfermagem deste serviço, com o objectivo de proceder à apresentação do estudo e com o intuito de conhecer a disponibilidade dos técnicos e do serviço relativamente à possibilidade de realização de uma investigação. Posteriormente, elaborou-se um Projecto de Investigação, dirigido à Comissão de Ética para a Saúde, Pólo Maternidade Dr. Alfredo da Costa, que, de seguida, seguiu para avaliação formal da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa

Central, E. P. E. Após a formalização da entrega e da respectiva análise por parte das entidades responsáveis e a emissão do parecer positivo, a recolha da amostra foi iniciada.

A abordagem aos casais era sempre efectuada através de uma primeira abordagem com as enfermeiras de serviço, que tinham acesso ao processo clínico de cada casal e consideravam se o momento de abordagem aos casais era oportuno. Importa referir que, caso as enfermeiras considerassem que os casais (homem ou mulher) se encontravam numa situação de fragilidade física ou emocional, a investigadora não procedia à abordagem desses casais (e.g., situações decorrentes de exames médicos sujeitos a anestesiologia; casais com manifestação de sintomatologia ansiosa ou depressiva evidente; situações face a perdas gestacionais; entre outros). Assim, o primeiro contacto era sempre, de algum modo, mediado pelas enfermeiras do serviço ou pelos próprios técnicos que gerem o atendimento dos casais.

Caso os casais manifestassem interesse em participar no estudo após esta primeira abordagem, os casais eram conduzidos a um gabinete privado, no serviço. Inicialmente, explicava-se brevemente os objectivos do estudo, sendo que, neste momento, era entregue aos casais a Folha de Informação ao Participante. Caso os casais manifestassem dúvidas ou necessitassem de esclarecimentos, a investigadora procurou informar os participantes, sendo que se reforçou claramente que caso não pretendessem participar ou caso desistissem durante a aplicação, não haveria qualquer prejuízo a respeito dos seus cuidados de saúde; os casais foram ainda informados que não haveria lugar a qualquer registo de identificação nos instrumentos utilizados. Caso assim decidissem, os casais poderiam desistir e sair do gabinete, sem qualquer prejuízo de todos os cuidados médicos que ali seriam prestados pela equipa médica do serviço.

Após este primeiro contacto, os casais assinavam o Consentimento Informado, caso a sua intenção de participar fosse positiva. De seguida, procedeu-se à entrega do Questionário Sociodemográfico e Clínico, preenchido individualmente e com ajuda da investigadora. Logo após o preenchimento deste questionário, eram entregues os questionários restantes (Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal e o Inventário de Problemas de Fertilidade), que os participantes deveriam preencher de forma individual.

A cada questionário foi atribuído uma designação alfabética ("A" para o género masculino e "B" para o género feminino) e numérica (entre 1 e 30), correspondendo ao género do participante e ao número de casal (e.g., "A20", correspondendo ao casal 20, participante do sexo masculino). Assim, os protocolos foram associados a cada casal,

garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos.

Importa referir que, em determinadas ocasiões, não foi possível garantir a utilização de um gabinete privado, face às necessidades da equipa médica e dos técnicos. Nestas situações, os casais foram abordados na sala de espera do serviço, consoante indicação dos técnicos responsáveis. Após uma breve explicação, os casais tinham oportunidade de ler a Folha de Informação ao Participante, sendo que, se a sua intenção de participar no estudo fosse positiva, o procedimento manteve-se idêntico.

### 3.5. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

As informações e dados recolhidos na presente investigação foram analisados através do programa estatístico SPSS, versão 22.

Tendo em consideração os objectivos desta investigação, fazer-se-à uso da regressão linear múltipla.



## 4. RESULTADOS

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do presente estudo é constituída por 30 casais inférteis, sendo que todos os participantes deste estudo frequentavam o Centro de Medicina Reprodutiva, na Consulta de Infertilidade, da Maternidade Doutor Alfredo da Costa. No que concerne aos critérios de admissão para a participação neste estudo, era necessário que os participantes tivessem uma idade igual ou superior a 25 anos, compreensão fluente oral e escrita da Língua Portuguesa, bem como o processo de diagnóstico clínico de infertilidade completo. No que diz respeito a este último critério, desde o primeiro momento em que se inscrevem para estas consultas, os casais são submetidos a uma entrevista clínica, triagem e respectivos procedimentos de diagnóstico, com o objectivo de completar o seu quadro clínico de diagnóstico. A partir do momento da inscrição, os casais aguardam, em média, um ano, para iniciarem o processo de acompanhamento pelos clínicos do serviço. Assim, para este estudo, foram contactados casais cujo processo de acompanhamento clínico já havia permitido o seu diagnóstico.

Relativamente aos dados sociodemográficos, os participantes do sexo masculino têm idades compreendidas entre os 27 e os 50 anos de idade ( $M = 35,07$ ;  $DP = 4,69$ ), sendo que, no caso das participantes do sexo feminino, as idades compreendidas encontram-se entre os 25 e os 39 anos de idade ( $M = 33,67$ ;  $DP = 3,497$ ) (Anexo CXXXI, Tabela 1).

No que diz respeito aos anos de estudo, média dos participantes é relativamente próxima, sendo que a média de anos de estudo dos homens corresponde a 13,40 anos, comparativamente com 14,83 anos da mulher; no entanto, encontram-se níveis mais baixos de escolaridade no homem (6 anos), sendo que os anos de estudo do homem se situa entre um mínimo de 6 e um máximo de 23 anos. No caso das mulheres, o mínimo é de 9 e máximo de 23 anos de estudo (Anexo CXXXI, Tabela 2).

No que concerne à distribuição dos participantes a nível da sua profissão, no caso dos participantes masculinos, a categoria "Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas" é a que detém uma maior representação na amostra de sujeitos masculinos, sendo que o mesmo também se verifica no caso das mulheres. No entanto, é de realçar que os homens apresentam profissões de menor qualificação, em comparação com as mulheres (Anexo CXXXI, Tabelas 3 e 4). 96,7% dos homens encontram-se activos a nível laboral, sendo que a percentagem de mulheres no activo corresponde a 93,3% (Anexo CXXXI, Tabelas 7 e 8). A Classificação de Graffar obtida a respeito do estatuto socioeconómico dos participantes

indica que, na sua maioria, homens e mulheres pertencem a Classe Média Alta (Classe II) ou à Classe Média (Classe III) (Anexo CXXXI, Tabelas 9 e 10).

Nesta investigação, verificou-se que 63,3% dos casais se encontram casados, sendo que 36,7% se encontram em regime de união de facto (Anexo CXXXI, Tabela 11). O número de anos de relação actual, por casal, varia entre os 3 e os 20 anos ( $M = 9,57$ ;  $DP = 4,35$ ) (Tabela 12).

A amostra em análise caracteriza-se, também, por nenhum dos participantes ter filhos da sua relação actual; no entanto, verifica-se que 13,3% dos homens e 3,3% das mulheres terem filhos de relações anteriores. Assim, nesta amostra, verificou-se que 86,7% dos homens e 96,7% das mulheres sofrem de infertilidade primária (Anexo CXXXI, Tabelas 15, 16 e 17). 96,7% dos casais indicam viver apenas com o seu conjugue (Anexo CXXXI, Tabela 17).

Em relação à caracterização de informações gerais dos participantes, na Tabela 19 observa-se que 10,0% dos homens e 13,3% das mulheres se encontram, no momento da investigação, em acompanhamento psicológico. Verificou-se, em alguns casos, que apenas a mulher se encontrava em acompanhamento (Anexo CXXXI, Tabela 19). No que diz respeito aos hábitos de saúde dos participantes masculinos, 46,7% indica ser praticante de desporto regularmente; 36,7% indica ter hábitos tabágicos e 30,0% indica consumir bebidas alcoólicas (Anexo CXXXI, Tabela 20); no caso das mulheres, 30,0% indica praticar desporto regularmente; 23,3% afirma ter hábitos tabágicos e apenas 10,0% indica consumir bebidas alcoólicas (Anexo CXXXI, Tabela 21).

A Tabela 22 permite verificar que os participantes neste estudo se encontram a tentar engravidar num intervalo dos 12 aos 120 meses, sendo a média de 44,07 meses ( $DP = 23,78$ ) (Anexo CXXXI, Tabela 23). A permanência na consulta de infertilidade varia entre os 6 e os 72 meses, sendo que a média é de 19 meses ( $DP = 13,67$ ). No que concerne aos casais participantes neste estudo, verifica-se que 53,3% dos casais nunca efectuou nenhum tratamento até ao momento de participação no estudo; no entanto, nos casais que já começaram a efectuar os tratamentos, verifica-se que o espaço de tempo oscila entre os 5 meses e os 72 meses ( $M = 8,33$ ;  $DP = 14,88$ ). Relativamente ao número de tratamentos efectuados, verifica-se um mínimo de 0 e um máximo de 4 tratamentos efectuados, sendo que 20% dos casais efectuou um tratamento (Anexo CXXXI, Tabela 26). A fecundação *in vitro* é o tratamento que surge com maior frequência (20,0%), sendo que alguns casais referem já terem passado por outros tratamentos, tais como: inseminação intrauterina (13,3%); injecção

intracitoplasmática (6,7%); estimulações ováricas e transferência de embriões (3,3%) (Anexo CXXXI, Tabela 27).

No que diz respeito ao género do portador do factor de infertilidade identificado, verifica-se que, neste estudo, o factor masculino é o que surge com mais frequência (43,3%), seguido do feminino (26,7%); no entanto, 10% dos casais apontam o factor feminino e masculino em simultâneo como responsável pela infertilidade (10,0%). Nesta amostra, verificou-se que, em 20% dos casos, a causa de infertilidade é desconhecida (Anexo CXXXI, Tabela 28). As causas de infertilidade variam neste estudo, sendo que a mais frequente no género masculino é a teratozoospermia (16,7%) e a azoospermia (13,3%) e no caso do género feminino, surge a endometriose (16,7%), seguido de outras causas variadas (Anexo CXXXI, Tabela 29).

#### 4.2. ESTUDO DA CONSISTÊNCIA INTERNA

Para este estudo, verificaram-se os valores de consistência interna dos instrumentos de medida das variáveis dependentes, através da medida de coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha$ ).

No que diz respeito à Escala de Avaliação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC), nos participantes masculinos, obtiveram-se os seguintes valores de consistência interna medidos:  $\alpha = .959$  (Intimidade Emocional);  $\alpha = .858$  (Sexualidade);  $\alpha = .905$  (Comunicação/Conflito);  $\alpha = .752$  (Funções Familiares);  $\alpha = .656$  (Rede Social);  $\alpha = .914$  (Autonomia);  $\alpha = .589$  (Tempos Livres) e  $\alpha = .960$  (Satisfação Conjugal Global). Relativamente às participantes do género feminino, obtiveram-se os seguintes valores de consistência interna medidos:  $\alpha = .926$  (Intimidade Emocional);  $\alpha = .844$  (Sexualidade);  $\alpha = .905$  (Comunicação/Conflito);  $\alpha = .781$  (Funções Familiares);  $\alpha = .696$  (Rede Social);  $\alpha = .869$  (Autonomia);  $\alpha = .691$  (Tempos Livres) e  $\alpha = .962$  (Satisfação Conjugal Global). A análise e estudo psicométrico da escala permitiu verificar que os coeficientes alfa encontrados em cada factor são elevados, o que permite concluir que se trata de uma escala de elevada consistência interna.

No caso do Inventário de Problemas de Fertilidade (IPF), obtiveram-se os seguintes valores de consistência interna medidos nas respectivas escalas, para os homens: Preocupação Social,  $\alpha = .719$ ; Preocupação com a sexualidade,  $\alpha = .577$ ; Preocupação com a relação,  $\alpha = .762$ ; Necessidade de parentalidade,  $\alpha = .736$ ; Rejeição do estilo de vida sem filhos,  $\alpha = .758$  e Stress Global,  $\alpha = .853$ . No que concerne às participantes do género

feminino, os valores de consistência interna são os seguintes: Preocupação Social,  $\alpha = .766$ ; Preocupação com a sexualidade,  $\alpha = .675$ ; Preocupação com a relação,  $\alpha = .825$ ; Necessidade de parentalidade,  $\alpha = .828$ ; Rejeição do estilo de vida sem filhos,  $\alpha = .746$  e Stress Global,  $\alpha = .903$ .

Tal como se observou na EASAVIC, o IPF também demonstrou tratar-se de uma escala de moderada a elevada consistência interna.

#### 4.3. TESTAGEM DAS HIPÓTESES ESPECÍFICAS

Nesta investigação, procedeu-se à análise estatística através de regressão linear, uma técnica estatística que permite analisar se as variáveis independentes explicam, ou não, as variáveis dependentes. Foi, ainda, efectuada uma recodificação de tipo dicotómico, ou seja, 0 ou 1, a todas as variáveis independentes de tipo categorial, atribuindo uma designação de recodificação.

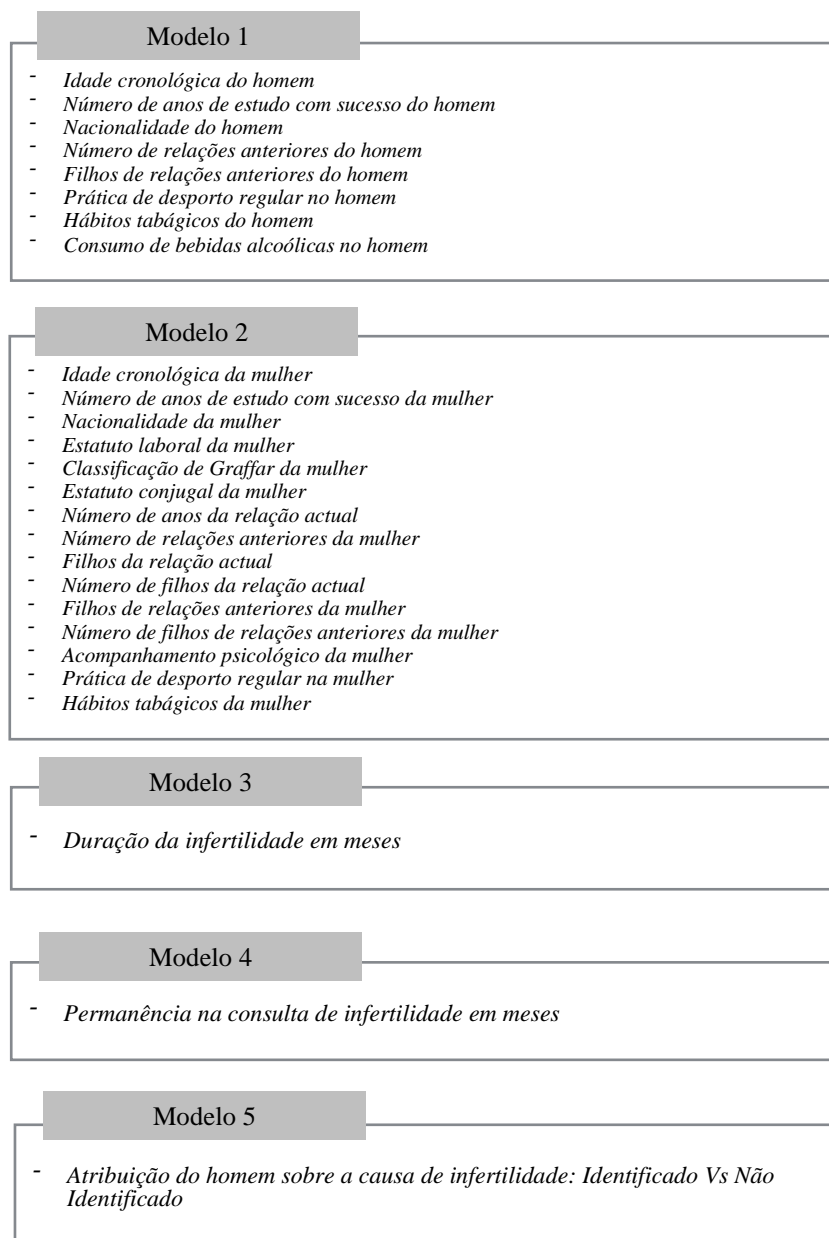
De modo a construir os modelos de análise estatística de regressão, foi efectuada uma verificação dos valores obtidos a nível de colinearidade, tentando sempre obter valores de VIF (factores de aumento da variância) inferiores a 10, bem como de tolerância ( $> .1$ ). Assim, esta análise obrigou à exclusão de algumas variáveis independentes na construção dos modelos. Após a testagem do ajustamento à distribuição normal, pode observar-se que as seguintes variáveis não se afastam significativamente da distribuição normal: número de anos da relação actual (homem), idade (mulher), número de anos da relação actual (mulher) e causa de infertilidade indicada pela mulher.

Relativamente às outras variáveis, a análise dos QQPlots permite concluir que os afastamentos em causa não inviabilizam a análise de regressão (Anexo XVIII).

##### 4.3.1. TESTAGEM DA HIPÓTESE ESPECÍFICA 1

No que concerne à hipótese específica 1, a variável dependente é a Satisfação Conjugal Global do homem, medida pela EASAVIC. Para esta hipótese, pretende-se analisar se a variável independente “existência/inexistência de um factor biomédico identificado responsável pela infertilidade” explica a variável dependente em questão. Existem ainda as variáveis independentes referentes aos dados sociodemográficos e clínicos nos participantes, inseridos num modelo de análise estatística de regressão linear. A Figura 1 representa a análise de regressão linear efectuada segundo a introdução das variáveis independentes.





**FIGURA 1.** Modelos inseridos na análise de regressão linear das hipóteses específicas 1 e 2.

Na Tabela 1, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 1, efectuada com base no modelo de análise estatística representada na Figura 1.

**TABELA 1.** Regressão linear da hipótese específica 1 (VD: Satisfação Conjugal Global nos homens)

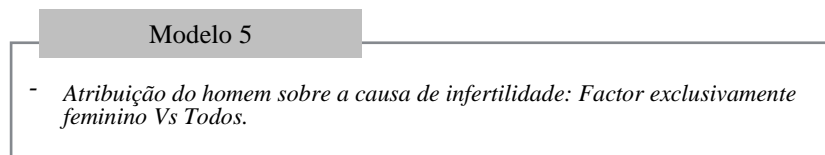
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.641	.411	.187	23.343	.411	1.831	8	21	.127
2	.868	.753	.283	21.912	.342	1.258	11	10	.363
3	.876	.768	.252	22.381	.015	.586	1	9	.464
4	.962	.925	.727	13.522	.157	16.653	1	8	.004
5	.969	.938	.745	13.065	.014	1.569	1	7	.251

No que concerne à hipótese específica 1, apenas o modelo 4 parece ter uma relação significativa com a variável dependente ( $p = .004$ ). Assim, a hipótese específica 1 não é confirmada.

Importa ainda referir que, no que diz respeito às restantes subescalas da EASAVIC para os participantes masculinos, segundo este modelo de análise, apenas o modelo 4 surge como tendo uma relação significativa com as subescalas: Intimidade emocional ( $p = .050$ ) (Anexo LXXI), Comunicação/Conflito ( $p = .002$ ) (Anexo LXIX), Funções Familiares ( $p = .003$ ) (Anexo LXVIII) e Tempos Livres ( $p = .048$ ) (Anexo LXV).

#### 4.3.2. TESTAGEM DA HIPÓTESE ESPECÍFICA 2

A variável dependente da hipótese específica 2 é a Satisfação Conjugal Global do homem, medida pela EASAVIC. Para esta hipótese, pretende-se analisar se a variável independente “existência de um factor biomédico exclusivamente feminino responsável pela infertilidade” explica a variável dependente em questão. Tal como indicado anteriormente, a Figura 1 representa o modelo construído para a análise de regressão, no entanto, o modelo 5 é o seguinte apresentado:



**FIGURA 2.** Modelo 5 da hipótese específica 2 (factor exclusivamente feminino).

Na Tabela 2, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 2 para o factor exclusivamente feminino, efectuada com base no modelo de análise estatística representada na Figura 1 e 2.

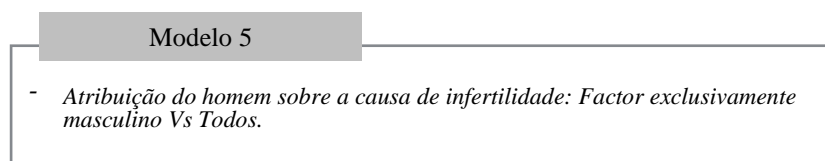
**TABELA 2.** Regressão linear da hipótese específica 2 (VD: Satisfação Conjugal Global nos homens; VI: Factor exclusivamente feminino)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.641	.411	.187	23,343	.411	1,831	8	21	.127
2	.868	.753	.283	21,912	.342	1,258	11	10	.363
3	.876	.768	.252	22,381	.015	.586	1	9	.464
4	.962	.925	.727	13,522	.157	16,653	1	8	.004
5	.982	.965	.854	9,888	.040	7,963	1	7	.026

Assim, verifica-se que a hipótese 2 é confirmada, quando o factor é exclusivamente feminino, uma vez que o modelo 5 apresenta uma relação significativa com a variável independente em análise ( $p = .026$ ). Observa-se, também, uma relação significativa do modelo 4 com a variável dependente ( $p = .004$ ).

No que concerne às restantes subescalas da EASAVIC para os participantes masculinos, verifica-se, ainda, uma relação significativa do modelo 4 para com as subescalas Intimidade Emocional ( $p = .050$ ) (Anexo LXIII), Comunicação/Conflito ( $p = .002$ ) (Anexo LXI), Funções Familiares ( $p = .003$ ) (Anexo LX) e Tempos Livres ( $p = .048$ ) (Anexo LVII); o mesmo também se verificou no modelo 5, para com a subescala Intimidade Emocional ( $p = .002$ ) (Anexo LXIII) e com o modelo 1, para a subescala Autonomia ( $p = .048$ ) (Anexo LVIII).

Ainda nesta hipótese, analisou-se a variável independente “existência de um factor biomédico exclusivamente masculino responsável pela infertilidade”. Como variável dependente manteve-se a Satisfação Conjugal Global do Homem.



**FIGURA 3.** Modelo 5 da hipótese específica 2 (factor exclusivamente masculino).

Na Tabela 3, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 2 para o factor exclusivamente masculino, efectuada com base no modelo de análise estatística representada nas Figuras 1 e 3.

**TABELA 3.** Regressão linear da hipótese específica 2 (VD: Satisfação Conjugal Global nos homens; VI: Factor exclusivamente masculino)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.641	.411	.187	23.343	.411	1.831	8	21	.127
2	.868	.753	.283	21.912	.342	1.258	11	10	.363
3	.876	.768	.252	22.381	.015	.586	1	9	.464
4	.962	.925	.727	13.522	.157	16.653	1	8	.004
5	.982	.965	.854	9.888	.040	7.963	1	7	.026

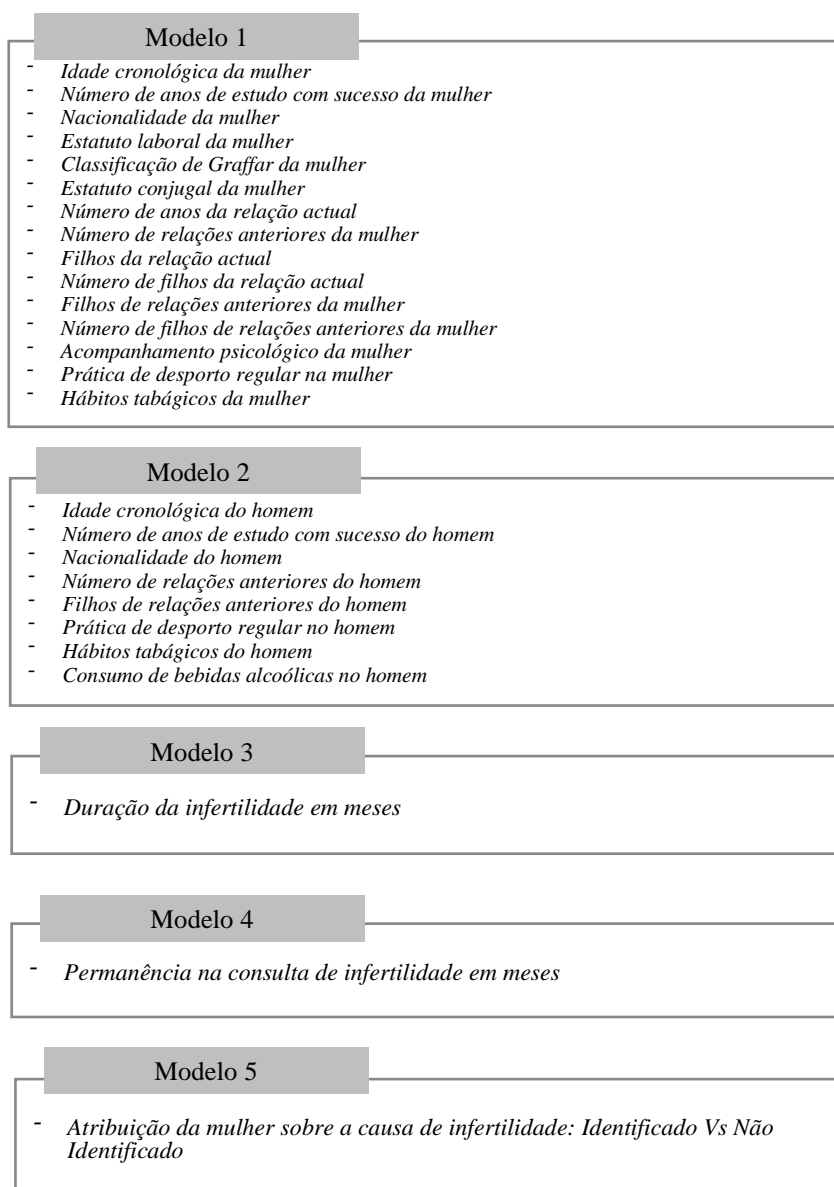
Tendo em consideração estes dados, verifica-se que a hipótese 2 é, na sua totalidade, confirmada, quando o factor é exclusivamente masculino, uma vez que o modelo 5 apresenta

uma relação significativa com a variável independente em análise ( $p = .026$ ). Observa-se, também, uma relação significativa do modelo 4 com a variável dependente ( $p = .004$ ).

No que concerne às restantes subescalas da EASAVIC para os participantes masculinos, verifica-se, ainda, uma relação significativa do modelo 1 para com as subescalas Intimidade Emocional ( $p = .039$ ) (Anexo LV) e Autonomia ( $p = .035$ ) (Anexo L); o mesmo se verificou para o modelo 4 nas subescalas Intimidade Emocional ( $p = .002$ ) (Anexo LV), Funções Familiares ( $p = .003$ ) (Anexo LII) e Tempos Livres ( $p = .048$ ) (Anexo XLIX).

#### 4.3.3. TESTAGEM DA HIPÓTESE ESPECÍFICA 3

Relativamente à hipótese específica 3, a variável dependente é a Satisfação Conjugal Global da mulher, medida pela EASAVIC. Para esta hipótese, tal como na hipótese específica 1, pretende-se analisar se a variável independente “existência/inexistência de um factor biomédico identificado responsável pela infertilidade” explica a variável dependente em questão. A análise de regressão foi efectuada segundo os modelos da Figura 4.



**FIGURA 4.** Modelos inseridos na análise de regressão linear das hipóteses específicas 3 e 4.

Na Tabela 4, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 3, efectuada com base no modelo de análise estatística representada na Figura 4.

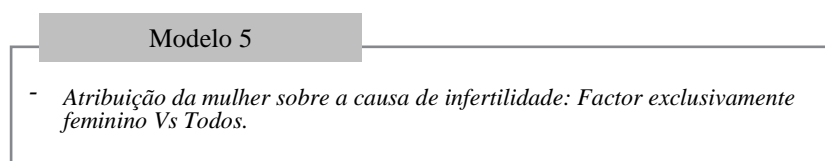
**TABELA 4.** *Regressão linear da hipótese específica 3 (VD: Satisfação Conjugal Global nas mulheres)*

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Estatísticas de mudança				Sig. Alteração F
					Alteração de R <sup>2</sup>	Alteração F	df1	df2	
1	.665	.443	.049	25.637	.443	1.125	12	17	.402
2	.787	.620	-.103	27.614	.177	.665	7	10	.698
3	.791	.626	-.204	28.847	.007	.163	1	9	.695
4	.856	.734	.034	25.842	.107	3.215	1	8	.111
5	.879	.773	.060	25.491	.040	1.222	1	7	.305

No que diz respeito à hipótese específica 3, nenhum dos modelos parece ter uma relação significativa com a variável dependente. Assim, a hipótese específica 3 não é confirmada. No caso das subescalas da EASAVIC da mulher, o mesmo também se verifica, à excepção do modelo 4 para a subescala Comunicação/Conflito ( $p = .039$ ) (Anexo CXXVIII). Assim, a hipótese 3 não se confirma.

#### 4.3.4. TESTAGEM DA HIPÓTESE ESPECÍFICA 4

A variável dependente da hipótese específica é a Satisfação Conjugal Global da mulher, medida pela EASAVIC. Na hipótese específica 4, o objectivo é analisar se a variável independente “existência de um factor biomédico exclusivamente feminino responsável pela infertilidade” explica a variável dependente em questão. A Figura 4 representa o modelo construído para a análise de regressão, no entanto, o modelo 5 é o seguinte:



**FIGURA 5.** *Modelo 5 da hipótese específica 4 (factor exclusivamente feminino).*

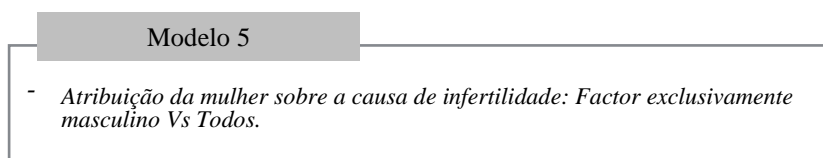
Na Tabela 5, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 4 para o factor exclusivamente feminino, efectuada com base no modelo de análise estatística representada nas Figuras 4 e 5.

**TABELA 5.** Regressão linear da hipótese específica 4 (VD: Satisfação Conjugal Global nas mulheres; VI: Factor exclusivamente feminino).

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.665	.443	.049	25.637	.443	1.125	12	17	.402
2	.787	.620	-.103	27.614	.177	.665	7	10	.698
3	.791	.626	-.204	28.847	.007	.163	1	9	.695
4	.856	.734	.034	25.842	.107	3.215	1	8	.111
5	.879	.773	.060	25,491	.040	1.222	1	7	.305

Relativamente à hipótese específica 4, nenhum dos modelos parece ter uma relação significativa com a variável dependente. Assim, na hipótese específica 4, quando a variável independente é o factor de infertilidade exclusivamente feminino, o mesmo não explica a variável dependente. Nas restantes subescalas da EASAVIC, apenas se encontram valores significativos na subescala Comunicação/Conflito ( $p = .039$ ) (Anexo CVIII) para o modelo 4, já anteriormente referido.

Ainda nesta hipótese específica, analisou-se a variável independente “existência de um factor biomédico exclusivamente masculino responsável pela infertilidade”. Como variável dependente manteve-se a Satisfação Conjugal Global da Mulher.

**FIGURA 6.** Modelo 5 da hipótese específica 4 (factor exclusivamente masculino).

Na Tabela 6, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 4 para o factor exclusivamente masculino, efectuada com base no modelo de análise estatística representada na Figura 4 e 6.

**TABELA 6.** Regressão linear da hipótese específica 4 (VD: Satisfação Conjugal Global nas mulheres; VI: Factor exclusivamente masculino)

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.665	.443	.049	25.637	.443	1.125	12	17	.402
2	.787	.620	-.103	27.614	.177	.665	7	10	.698
3	.791	.626	-.204	28.847	.007	.163	1	9	.695
4	.856	.734	.034	25.842	.107	3.215	1	8	.111
5	.923	.852	.388	20.562	.119	5.637	1	7	.049

Quando o factor de infertilidade é exclusivamente masculino, verifica-se que a variável independente explica a satisfação conjugal global das mulheres ( $p = .049$ ), no modelo 5, a um nível significativo. Verifica-se, também, que a subescala Intimidade Emocional possui um resultado não significativo ( $p = .057$ ), mas muito próximo de tal, sendo passível de ser discutido. Assim, verifica-se que a hipótese 4 é apenas parcialmente confirmada, uma vez que tal não se verifica quando o factor de infertilidade é exclusivamente feminino (Tabela 5).

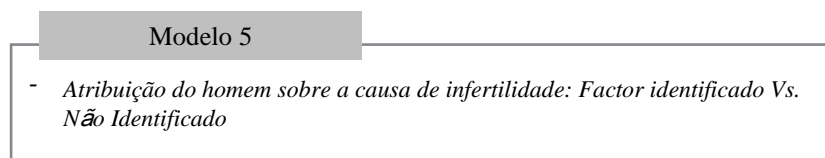
No que diz respeito às restantes subescalas da EASAVIC, encontram-se valores significativos apenas na subescala Comunicação/Conflito para o modelo 4 ( $p = .027$ ) (Anexo C) e para o modelo 5 ( $p = .039$ ). É de salientar, ainda, que se encontraram valores passíveis de discussão na subescala Intimidade Emocional (modelo 4,  $p = .057$ ; modelo 5,  $p = .095$ ) (Anexo CII) e na subescala Autonomia ( $p = .051$ ) (Anexo XCVII).

#### 4.3.5. TESTAGEM DA HIPÓTESE ESPECÍFICA 5

Relativamente à hipótese específica 5, pretende-se estudar o modo como a variável dependente Satisfação Sexual dos homens, avaliados pelo IPF, poderá ser explicada pela variável independente “existência/inexistência de um factor biomédico identificado responsável pela infertilidade”. Para testar esta hipótese, irá apenas ser utilizada a subescala Preocupação Sexual.

Existem ainda as variáveis independentes referentes aos dados sociodemográficos e clínicos nos participantes, inseridos num modelo de análise estatística de regressão linear.

A Figura 7 representa a análise de regressão linear efectuada segundo a introdução das variáveis independentes; importa realçar que o modelo utilizado é idêntico ao apresentado na Figura 1, no entanto, o modelo 5 é o seguinte apresentado:



**FIGURA 7.** Modelo 5 da hipótese específica 5 (factor identificado/não identificado).

Na Tabela 7, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 5, efectuada com base no modelo de análise estatística representada nas Figuras 1 e 7.

**TABELA 7.** *Regressão linear da hipótese específica 5 (VD: Preocupação Sexual nos homens).*

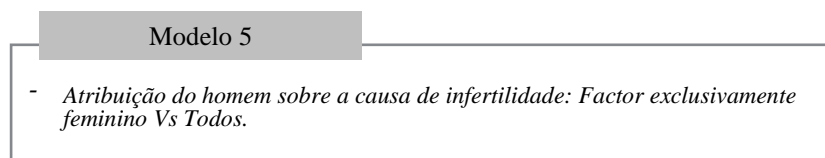
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.497	.247	-.040	4.651	.247	.859	8	21	.564
2	.818	.669	.041	4.466	.423	1.161	11	10	.411
3	.846	.715	.083	4.366	.046	1.463	1	9	.257
4	.888	.788	.231	3.997	.073	2.736	1	8	.137
5	.896	.802	.181	4.128	.014	.503	1	7	.501

Tendo em consideração os dados obtidos, verifica-se que a hipótese específica 5 não se confirma. Verificam-se, no entanto, valores significativos no modelo 2 da subescala Preocupação com a Relação ( $p = .047$ ) (Anexo LXXVI). A subescala Stress Global, medida pelo IPF, também não apresentou valores estatisticamente significativos (Anexo LXXXVII).

#### 4.3.6. TESTAGEM DA HIPÓTESE ESPECÍFICA 6

Na hipótese específica 6, pretende-se estudar o modo como a variável dependente Satisfação Sexual dos homens, avaliados pelo IPF, poderá ser explicada pela variável independente “existência de um factor biomédico exclusivamente feminino responsável pela infertilidade”. Para testar esta hipótese, irá apenas ser utilizada a subescala Preocupação Sexual.

As Figuras 1 e 8 representam a análise de regressão linear efectuada segundo a introdução das variáveis independentes.

**FIGURA 8.** *Modelo 5 da hipótese específica 6 (factor exclusivamente feminino).*

Na Tabela 8, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 6, efectuada com base no modelo de análise estatística representada nas Figuras 1 e 8.

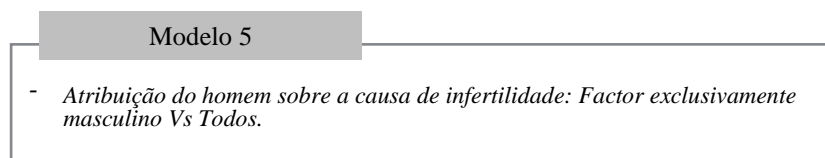


**TABELA 8.** Regressão linear da hipótese específica 6 (VD: Preocupação Sexual nos homens; VI: Factor exclusivamente feminino).

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.497	.247	-.040	4.651	.247	.859	8	21	.564
2	.818	.669	.041	4.466	.423	1.161	11	10	.411
3	.846	.715	.083	4.366	.046	1.463	1	9	.257
4	.888	.788	.231	3.997	.073	2.736	1	8	.137
5	.927	.860	.419	3.476	.072	3.581	1	7	.100

Considerando os resultados obtidos, verifica-se que a hipótese 6 não se confirma quando o factor é exclusivamente feminino, pois o valor obtido no modelo 5 não é significativo. No que diz respeito às restantes subescalas do IPF, verifica-se que apenas o modelo 2 da subescala Preocupação com a Relação ( $p = .047$ ) (Anexo LXXV) apresenta valores significativos, tal como foi verificado anteriormente.

Na hipótese específica 6, procedeu-se, ainda, à análise estatística de regressão com a variável dependente Satisfação Sexual dos homens, avaliados pelo IPF, sendo que a variável independente diz respeito à “existência de um factor biomédico exclusivamente masculino responsável pela infertilidade”. Assim, o modelo 5 do modelo de regressão linear é o seguinte:

**FIGURA 9.** Modelo 5 da hipótese específica 6 (factor exclusivamente masculino).

Na Tabela 9, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 6, efectuada com base no modelo de análise estatística representada nas Figuras 1 e 9.

**TABELA 9.** Regressão linear da hipótese específica 6 (VD: Preocupação Sexual nos homens; VI: Factor exclusivamente masculino).

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.497	.247	-.040	4.651	.247	.859	8	21	.564
2	.818	.669	.041	4.466	.423	1.161	11	10	.411
3	.846	.715	.083	4.366	.046	1.463	1	9	.257
4	.888	.788	.231	3.997	.073	2.736	1	8	.137
5	.927	.860	.419	3.476	.072	3.581	1	7	.100

Os resultados obtidos permitem concluir que a hipótese 6 também não é confirmada quando o factor é exclusivamente masculino, sendo que os resultados são idênticos quando o factor é exclusivamente feminino. Os resultados obtidos na subescala de Preocupação com a Relação são idênticos (Anexo LXXVII).

#### 4.3.7. TESTAGEM DA HIPÓTESE ESPECÍFICA 7

Na hipótese específica 7, a variável dependente é a Satisfação Sexual das mulheres, avaliadas pelo IPF, sendo que se pretende avaliar se a mesma poderá ser explicada pela variável independente “existência/inexistência de um factor biomédico identificado responsável pela infertilidade”. Para testar esta hipótese, irá apenas ser utilizada a subescala Preocupação Sexual. As variáveis independentes (dados sociodemográficos e clínicos) foram inseridas num modelo de análise estatística de regressão linear. O modelo de análise de regressão apresentado é semelhante ao já apresentado na Figura 4.

Na Tabela 9, encontra-se a testagem estatística da hipótese específica 7, efectuada com base no modelo de análise estatística representada na Figura 4.

**TABELA 10.** *Regressão linear da hipótese específica 7 (VD: Preocupação Sexual nas mulheres).*

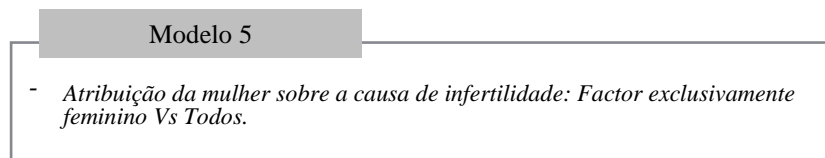
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.432	.187	-.388	6.761	.187	.325	12	17	.973
2	.696	.484	-.497	7.022	.297	.823	7	10	.590
3	.698	.487	-.652	7.377	.003	.061	1	9	.810
4	.724	.525	-.722	7.533	.038	.633	1	8	.449
5	.724	.525	-.968	8.053	.000	.000	1	7	.994

Tendo em consideração os resultados obtidos, considera-se que a hipótese 7 não se confirma, uma vez que as variáveis independentes não explicam a variável dependente em análise. No que concerne às restantes subescalas do IPF, verifica-se que apenas a subescala Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos (Anexo CXVIII), modelo 1, obtém um resultado significativo a nível estatístico ( $p = .030$ ).

#### 4.3.8. TESTAGEM DA HIPÓTESE ESPECÍFICA 8

Na hipótese específica 8, a variável dependente é a Satisfação Sexual das mulheres, avaliadas pelo IPF, sendo que se pretende avaliar se a mesma poderá ser explicada pela variável independente “existência factor biomédico exclusivamente feminino responsável

pela infertilidade”. O modelo estatístico para esta hipótese é similar à Figura 4, no entanto, com alteração da variável independente no Modelo 5, como a seguir se representa na Figura 10.



**FIGURA 10.** Modelo 5 da hipótese específica 8 (factor exclusivamente feminino).

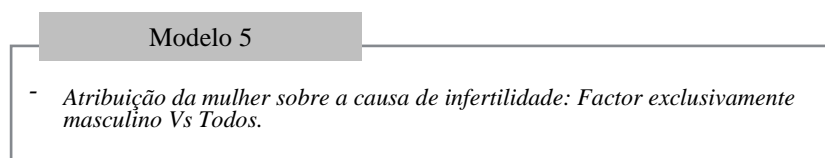
Na Tabela 10 encontram-se representados os valores estatísticos de regressão linear obtidos pela testagem das variáveis em questão.

**TABELA 11.** Regressão linear da hipótese específica 8 (VD: Preocupação Sexual nas mulheres; VI: Factor exclusivamente feminino).

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.432	.187	-.388	6.761	.187	.325	12	17	.973
2	.696	.484	-.497	7.022	.297	.823	7	10	.590
3	.698	.487	-.652	7.377	.003	.061	1	9	.810
4	.724	.525	-.722	7.533	.038	.633	1	8	.449
5	.724	.525	-.968	8.053	.000	.000	1	7	.994

Segundo os valores obtidos, podemos afirmar que a hipótese específica 8 não se confirma quando o factor é exclusivamente feminino, verificando-se que nenhuma das variáveis independentes explica a variável dependente em análise. No que diz respeito às restantes subescalas do IPF, apenas a subescala Rejeição do Estilo de Vida Sem Filhos, modelo 1, obtém um resultado significativo a nível estatístico ( $p = .030$ ) (Anexo CXII).

A hipótese específica 8 visa ainda a análise da variável independente “existência de um factor biomédico exclusivamente masculino responsável pela infertilidade”, mantendo a mesma variável dependente. O modelo estatístico para esta hipótese é similar à Figura 4, no entanto, com alteração da variável independente no Modelo 5, como a seguir se representa na Figura 11.



**FIGURA 11.** Modelo 5 da hipótese específica 8 (factor exclusivamente masculino).

Na Tabela 11 encontram-se os valores estatísticos de regressão linear obtidos pela testagem das variáveis em questão, para a hipótese específica 8.

**TABELA 12.** *Regressão linear da hipótese específica 8 (VD: Preocupação Sexual nas mulheres; VI: Factor exclusivamente masculino).*

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Alteração de R <sup>2</sup>	Estatísticas de mudança			Sig. Alteração F
						Alteração F	df1	df2	
1	.432	.187	-.388	6.761	.187	.325	12	17	.973
2	.696	.484	-.497	7.022	.297	.823	7	10	.590
3	.698	.487	-.652	7.377	.003	.061	1	9	.810
4	.724	.525	-.722	7.533	.038	.633	1	8	.449
5	.735	.540	-.905	7.921	.015	.234	1	7	.643

Tal como se verificou anteriormente, o factor exclusivamente masculino também não explica a variável dependente. Assim, a hipótese 8 não foi confirmada na sua totalidade.

## 5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Neste capítulo, pretende-se efectuar uma análise e discussão dos resultados obtidos na investigação, procurando efectuar uma ponte teórico-prática entre os conteúdos teóricos analisados relativos à infertilidade e o seu impacto na conjugalidade e na sexualidade do casal, mas também discutir a metodologia de investigação utilizada, os objectivos, as hipóteses e os resultados obtidos e de que maneira estes resultados se conjugam com outras investigações. Por outro lado, pretende-se, ainda, efectuar uma reflexão crítica das limitações desta investigação e apontar futuras ideias para novas investigações.

Esta investigação teve como objectivo máximo estudar o modo como a infertilidade afecta a conjugalidade e a sexualidade do casal infértil, sobretudo no que concerne à área da satisfação conjugal e sexual. O interesse surgiu devido não só ao interesse profundo no estudo da área da infertilidade e do seu impacto, mas também por ser claramente evidente que, ainda que cada vez mais se verifique um aumento do interesse da comunidade científica nesta área, a infertilidade ainda é uma área cujo foco na psicopatologia dos sujeitos é preponderante, sobretudo na área da ansiedade, depressão e personalidade, entre outros. Assim, a conjugalidade e a sexualidade são temas que, em muitas investigações, são abordados de modo superficial. Não obstante todo o contributo científico até à data, era nosso objectivo perceber o panorama nacional, numa instituição pública de saúde, sendo que os estudos nacionais nesta área são ainda em número reduzido.

O ponto fulcral desta investigação diz respeito à variável existência/inexistência de um factor clínico identificado, responsável pela infertilidade, nos casais em questão. O interesse surgiu derivado da necessidade de compreender de que modo os casais vivenciam níveis de satisfação conjugal e sexual quando existe ou não uma razão médica que explique a infertilidade do casal e de que modo estas variáveis são afectadas quando o factor é feminino, masculino ou desconhecido.

Nesta área, verifica-se que a comparação dos casais com um factor de infertilidade identificado com os casais com um factor de infertilidade idiopático (não identificado do ponto de vista clínico) é inconclusiva, sendo que as mulheres dos casais com um factor de infertilidade desconhecido apresentam maiores níveis de ansiedade e de insatisfação com o *self*, quando comparadas com mulheres de outros grupos clínicos de infertilidade; no entanto, apresentam também maiores níveis de satisfação conjugal e de satisfação com outras áreas da vida (Wischmann, Stammer, Scherg, Gerhard & Verres, 2001).

Nesta investigação, no que diz respeito à existência/inexistência de um factor de infertilidade responsável pela infertilidade, não se observaram contributos significativos para a explicação da satisfação conjugal (global) dos casais, nem mesmo a nível da sua satisfação sexual. No entanto, é de referir que, quando a variável dependente diz respeito à existência/inexistência de um factor de infertilidade, a satisfação conjugal dos homens parece ter sido afectada no que concerne às áreas da Intimidade Emocional, Comunicação/Conflito, Funções Familiares e Tempos Livres; no caso das mulheres, a satisfação conjugal foi afectada a nível da Comunicação/Conflito. Ainda que não observemos, de todo, que os valores de satisfação conjugal global de ambos os elementos tenham sido afectados na sua globalidade perante a existência/inexistência de um factor de infertilidade, observa-se que algumas subescalas dos elementos do casal infértil sofrem influência desta variável independente.

Ainda no campo da satisfação conjugal, para os homens, verifica-se que a exclusividade feminina do factor de infertilidade explica directamente a satisfação conjugal global do homem; no entanto, encontram-se ainda relações significativas com a subescala de Intimidade Emocional. Quando a exclusividade do factor é masculina, esta situação também se verifica, sendo que podemos considerar que a exclusividade do factor ser masculina ou feminina possui um forte impacto a nível da satisfação conjugal do homem, nas suas diversas vertentes.

No caso das mulheres, verifica-se que a satisfação conjugal da mulher é apenas particularmente afectada quando o factor é exclusivamente masculino, de uma forma significativa, sendo que o mesmo também se verifica na Intimidade Emocional, que possui um valor de significância passível de discussão e análise.

O impacto da infertilidade, no que concerne à satisfação conjugal, parece ser objectivo; as mulheres apresentam uma menor satisfação conjugal à medida que o tempo de tratamento progride (Daniluk, 1988, cit. por Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004); Benazon, Wright & Sabourin, 1992, cit. por Monga *et. al*, 2004).

No que concerne à Satisfação Sexual dos homens, verifica-se que a existência/inexistência de um factor de infertilidade não contribui para a explicação da subescala Preocupação Sexual nos homens; o mesmo também se verifica nas mulheres. No entanto, importa referir que os valores significativos encontrados nas diferentes subescalas do IPF dizem respeito à explicação dada por outros modelos, nomeadamente as variáveis

sociodemográficas e clínicas, que apresentam valores de significância elevados, o que nos permite afirmar que o factor de infertilidade ser identificado/não identificado ou a exclusividade clínica ser masculina ou feminina não parece apresentar um contributo para os valores de significância encontrados, mas sim as variáveis dos próprios participantes.

As interacções entre a mulher e o homem, no que concerne ao funcionamento sexual, são multifactoriais e de uma profunda complexidade (Yeoh *et. al.*, 2014). Na nossa investigação, as variáveis independentes não explicam a variância estatística da satisfação sexual; no entanto, tal não significa que estes casais não vivam dificuldades ao nível da sua experiência e satisfação sexual. Os resultados obtidos poderão ter diversas explicações, nomeadamente devido ao instrumento utilizado ou ao factor da desejabilidade social na resposta aos itens referentes à sexualidade. A verdade é que a literatura é, na sua maioria, consensual, no que diz respeito ao impacto da infertilidade na satisfação sexual da mulher, sendo que a mulher vive de uma forma menos positiva a sexualidade e a conjugalidade após o diagnóstico de infertilidade e durante os tratamentos (Reporaki *et. al.*, 2007).

Apesar deste estudo se focar sobretudo na vivência conjugal e sexual dos casais inférteis, parece-nos de extrema importância abordar alguns resultados obtidos nas diferentes subescalas dos instrumentos utilizados e de que modo estes poderão contribuir para uma compreensão alargada do fenómeno da infertilidade.

No que diz respeito aos homens, verificou-se que a satisfação conjugal é directamente explicada pela existência de um factor exclusivamente feminino e de um factor exclusivamente masculino. No caso das mulheres, o mesmo só se verificou quando o factor é exclusivamente masculino. Assim, verifica-se que os homens são directamente afectados pela existência de um factor exclusivamente pertencente a um dos membros do casal, o que poderá ser explicado pelas estratégias de defesa e *coping* utilizadas pelo homem para fazer frente face a uma situação que não é controlada por ambos, como é o caso da infertilidade. No caso das mulheres, parece plausível considerar que a satisfação conjugal só é afectada quando o homem é quem possui o factor exclusivo de infertilidade, o que parece influenciar o modo como a mulher vivencia a sua conjugalidade.

No entanto, parece também importante referir que os homens sofrem consequências directas a respeito do receio pelo futuro da relação com a sua companheira, quanto mais idade tiver a mulher. Tal poderá estar relacionado com o receio de que a idade da companheira seja um entrave à conquista da concepção de uma criança, que é o objectivo

principal destes casais. Assim, os homens apresentam uma maior dificuldade em falar sobre o problema de infertilidade com as suas companheiras; ainda nesta área, importa referir que as mulheres apresentaram menores níveis de satisfação conjugal a nível da comunicação/conflito com o seu parceiro, o que poderá revelar que sentem uma grande necessidade de expressar o que a infertilidade as faz sentir ao seu parceiro, no entanto, sem sentir necessariamente apoio do lado do parceiro.

De uma forma geral, neste estudo, os homens parecem ser mais afectados pela infertilidade a nível da sua satisfação conjugal e a nível de *stress* vivido devido à infertilidade. As mulheres parecem melhor adaptadas à situação, não revelando valores problemáticos no que diz respeito ao modo como se adaptam à vivência emocional na infertilidade.

Neste estudo, verificou-se ainda, de uma forma muito evidente, que o tempo de permanência em consulta dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística das variáveis dependentes, na maioria dos casos. Tal permite-nos afirmar que, quanto maior é o tempo de permanência em consulta, mais dificuldades de adaptação os casais apresentam, face ao constante confronto com a expectativa, os tratamentos, os exames médicos, a sensação de perda de controlo, entre outros. Em futuros estudos, a problemática do tempo de permanência em consulta deverá ser estudado de um modo mais aprofundado, de modo a compreender a vivência psicológica associada aos casais que permanecem na consulta de infertilidade e o modo como a mesma influencia o casal.

No que concerne às limitações deste estudo, importa referir algumas condicionantes que deverão ser enunciadas, de modo a que as mesmas possam ser minoradas em estudos futuros.

Relativamente à aplicação dos questionários, observaram-se variadas limitações. Por um lado, os constrangimentos do ambiente físico da aplicação dos questionários, que em muitas situações se deveram a condicionantes do próprio serviço. Ainda que, na maioria das aplicações, os participantes tenham tido oportunidade de responder aos questionários num gabinete privado, os casais eram abordados numa fase anterior à consulta; assim, os casais sentiam, na maioria dos casos, uma grande necessidade de responder aos questionários de um modo apressado, condicionando, por vezes, as respostas fornecidas, sendo pouco reflectidas. Importa referir que este gabinete se inseria dentro do serviço e que os participantes conseguiam ouvir o seu nome, caso assim necessitassem de se dirigirem para o gabinete de consulta. No entanto, tendo em consideração que os casais aguardavam pela consulta, é



também de realçar que alguns poderão ter sido influenciados pelo factor de ansiedade, próprio da condição clínica que apresentam.

Por outro lado, importa referir que os casais respondiam aos questionários no mesmo gabinete, lado a lado, o que originou, por vezes, que os elementos do casal discutissem entre si as respostas fornecidas, ainda que fossem alertados para que as respostas fossem individuais. Para além destas limitações, durante a aplicação, os casais poderiam ser chamados para a consulta, tendo oportunidade de continuar a responder caso assim desejassem; em algumas ocasiões, verificou-se que a consulta afectou os casais psicologicamente, o que poderá ter condicionado o tipo de respostas. Verificou-se, ainda, que alguns casais respondiam claramente sob efeito da desejabilidade social, o que poderá ter afectado os resultados obtidos.

Ainda neste campo, verificaram-se, também, algumas limitações no que concerne à utilização de um espaço próprio para a aplicação dos questionários, sendo que, em algumas ocasiões, os casais eram abordados e respondiam aos questionários na sala de espera, observando-se algumas inibições quando se encontravam outras pessoas por perto.

Outra condicionante que se verificou dizia respeito ao momento da abordagem dos casais na sala de espera, uma vez que se procurou sempre obter confirmação do quadro clínico juntamente da enfermeira responsável ou de uma das colaboradoras do serviço, que forneciam informações sobre os casais elegíveis para a participação na investigação.

Em futuras investigações, seria pertinente considerar algumas hipóteses de estudo: (1) efectuar um estudo longitudinal com os casais a partir do momento da primeira consulta, até às diversas etapas da consulta e meios de diagnóstico, realização de tratamentos e possível concepção, sobretudo a respeito de variáveis como ansiedade, depressão, conjugalidade, sexualidade, auto-estima, resiliência, bem-estar, entre outros, uma vez que permitiria uma caracterização aprofundada das várias fases que o casal atravessa a partir do momento em que inicia o primeiro contacto com o serviço; (2) efectuar um estudo com casais apenas com factor de infertilidade idiopático; (3) efectuar um estudo com uma amostra representativa de homens ou de mulheres com factores de infertilidade identificados e específicos (e.g., azoospermia, endometriose, etc.) e, por fim, (4) efectuar um estudo com uma amostra representativa de mulheres que já tenham sido submetidas a um tratamento específico (e.g., fertilização in vitro, inseminação intra-uterina, entre outros).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society for Reproductive Medicine (2004). Definition of “infertility”. *Fertility and Sterility*, 82, Supl. 1, 206.
- Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. (2014). *Relatório da actividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2012*. Lisboa: Assembleia da República.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Couto, F. R. (2011). *A influência da infertilidade na satisfação conjugal e no ajustamento familiar*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Drozdol, A., & Skrzypulec, V. (2009). Evaluation of Marital and Sexual Interactions of Polish Infertile Couples. *Journal Of Sexual Medicine*, 6(12), 3335-3346.
- Faria, C (2001). Aspectos Psicológicos da Infertilidade. In M. C. Canavarro (Ed.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 189-209). Coimbra: Quarteto.
- Galhardo, A. (2012). *A Infertilidade em Portugal: Aspectos psicológicos e estudo de eficácia do programa baseado no Mindfulness para a infertilidade*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Keye, W. R. (2006). Medical aspects of infertility for the counselor. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (2nd ed., pp. 20-36). New York: Cambridge University Press.
- Khademi, A., Alleyassin, A., Amini, M., & Ghaemi, M. (2008). Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. *Journal Of Sexual Medicine*, 5(6), 1402-1410.
- Lopes, V. & Leal, I. (2012). *Ajustamento emocional na infertilidade*. Lisboa: Placebo.
- Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Soares, I., Santos, T. A., & Canavarro, M. C. (2010). Psychosocial adjustment in infertility: A comparison study of infertile couples, couples undergoing assisted reproductive technologies and presumed fertile couples. *Psic., Saúde & Doenças*, 11(2), 299-319.
- Moura-Ramos, M. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.

Moura-Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Soares, I. (2012). Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction*, 27(2), 496-505.

Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Amores Satisfeitos, mas Não Perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

Nene, U. A., Coyaji, K., & Apte, H. (2005). Infertility: A label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. *Patient Education and Counseling*, 59(3), 234-238.

Newton, C., Sherrard, W. & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.

Ramazanzadeh, F., Noorbala, A., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. (2009). Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian Journal Of Reproductive Medicine*, 7(3), 97-103.

Ramezanzadeh, F., Aghssa, M., Jafarabadi, M., & Zayeri, F. (2006). Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples. *Fertility & Sterility*, 85(1), 139-143.

Read, J. (2004). Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *British Medical Journal*, 329(7465), 559-561.

Reporaki, L., Punamaki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, S., Sinkkonen, J., Almqvist, F., et al. (2007). Infertility treatment and marital relationships: A 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1491.

Saleh, R. A., Ranga, G. M., Raina, R., Nelson, D. R., & Agarwal, A. (2003). Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertility and Sterility*, 79(4), 909-912.

Santos, C. (2010). *Intimidades conjugais: Das significações e percursos de intimidade à proximidade emocional*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Schmidt, L. (2006). Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet*, 367(4), 379-380.

Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. (2010). Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 525-532.

Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., & Mulhall, J. P. (2008). Sexual Function and Quality of Life in the Male Partner of Infertile Couples: Prevalence and Correlates of Dysfunction. *Journal of Urology*, 179(3), 1056-1059.

Silva-Carvalho, J. L. & Santos, A. (2009). Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal I - estudo na comunidade. Porto: Universidade do Porto.

Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. F. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psic., Saúde & Doenças*, 2(2), 5-26.

Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal Of Human Reproductive Sciences*, 4(2), 80-85.

Vizheh, M. M., & Pakgozar, M. M. (2013). Psychological impact of gender infertility diagnoses between husbands' and wives' approach to infertility affect marital and sexual satisfaction. *Iranian Journal Of Reproductive Medicine*, 11(4), 38.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the "Heidelberg Fertility Consultation Service". *Human reproduction*, 16(8), 1753-1761.

Wischmann, T. H. (2010). Sexual disorders in Infertile Couples. *Journal Of Sexual Medicine*, 7(5), 1868-1876.

Yeoh, S. H., Razali, R., Sidi, H., Razi, Z. R. M., Midin, M., Jaafar, N. R. N., & Das, S. (2014). The relationship between sexual functioning among couples undergoing infertility treatment: A pair of perfect gloves. *Comprehensive Psychiatry*, 55, S1-S6.